FAX:097-540-5597（鑑不要）

提出期限：令和3年10月3日(日)

提出先：一般社団法人大分県病院協会 事務局 行

◎別紙の文書をご確認いただき、下記の必要事項をご記入の上、ご提出ください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

【 一般演題発表連絡票 】

① 演題番号：

② 病院名：

③ 　：

　　　　　　　　　　　※発表者変更の場合はその旨⑤にご記入下さい。

④ その他連絡事項等　※発表者の変更がある場合はその方の職種もご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

《メールでご提出される場合》

　　メールに以下の内容を明記して事務局宛送信して下さい（\*\*\*は自分の演題番号）。

〔宛先〕

〔件名〕39一般演題発表連絡票：\*\*\*

〔本文〕②、③、④の内容