FAX:097-540-5597 （鑑不要）

提出期限：令和3年10月13日(水)

E-mail:

**9/27 改定**

申込先：大分県病院協会 事務局　　TEL 097-540-5526

第39回大分県病院学会 出欠票（参加者名簿一覧表）※１

※１）別添で貴院の参加一覧表のご提出も可能です。この出欠票と併せてご提出ください。

１．申込責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 会　員　病　院　名 |  |
| 学会参加について（どちらかに○） | 参加する　　　・　　　参加しない |
| 氏名・役職若しくは職種 |  |

2．事前参加登録申込人数 （　　　　　　　　　）人　　　　　　　　　部門別内訳（概数で可）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　師 | 事　務 | 看　護 | 栄　養 | 医療技術 | 社会福祉 | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者名簿一覧 　※2）各自治体に現地参加人数等の報告が必要なので、現在の予定で○をご記入ください。 | | | |
| 氏　　名 | 現地参加予定の場合○を※２ | 氏　　名 | 現地参加予定の場合○を※２ |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |
|  | 現地 |  | 現地 |