FAX：097-540-5597　※鑑不要

申込期限：令和3年10月18日(月)

E-mail ：

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 参加申込 連絡票**

⑴　申込者について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　病　院　名 |  |
| ②　役　職　名 |  |
| ③　氏名（ふりがな） |  |
| ④　連絡先電話番号 |  |
| ⑤　抄録集送付先住所 | 〒　 |
| ⑥　メールアドレス※ |  |

※メールアドレスは、事務局より登録用のIDを送付するのに必要です。必ずご記入下さい。

⑵　申込人数・振込金額について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　申込人数※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| ②　振込金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※参加者名簿一覧

※氏名をご記入の上、11/28に会場での聴講希望の方は「現地」に○をご記入ください。

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