

令和4年9月16日

各 位

第40回大分県病院学会 学会長 山本 記顯  
実行委員長 長松 宜哉  
一般社団法人大分県病院協会役員一同（下記）

### 第40回大分県病院学会のご案内

時下、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。また、日頃より当協会活動へ格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、当協会主催の第40回大分県病院学会を11月20日（日）に別府ビーコンプラザにて会場での聴講とオンライン配信のハイブリッド形式にて開催する運びとなりました。一般演題は後日オンデマンド配信いたします。

つきましては、プログラム概要とポスターを送らせていただきますので、ご査収下さい。お目通しの上、貴校職員の皆様および貴校学生に広くご案内をいただけると幸いに存じます。

職員様もしくは学生が1人でも参加される場合、同封の連絡票にてお申し込みください。  
職員様も学生もどなたもご参加の予定がない場合は連絡票のご提出は必要ありません。

その他、ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

#### 一般社団法人大分県病院協会 役員一同

会 長	別府市	山本 記顯	石垣病院
副会長	佐伯市	曾根 勝	曾根病院
副会長	大分市	長松 宜哉	佐賀関病院
理 事	大分市	武居 光雄	諏訪の杜病院
理 事	大分市	帆秋 善生	大分丘の上病院
理 事	大分市	井野邊純一	井野辺病院
理 事	大分市	末友 仁	大分記念病院
理 事	別府市	黒木 健次	黒木記念病院
理 事	別府市	内田 明宏	内田病院
理 事	宇佐市	佐藤 仁一	佐藤第一病院
理 事	豊後高田市	瀧上 茂	高田中央病院
理 事	中津市	川寫 眞之	川寫整形外科病院
理 事	玖珠町	山下 太郎	高田病院
理 事	豊後大野市	松尾 則義	帰巖会みえ病院
理 事	佐伯市	小寺 隆三	佐伯中央病院
監 事	別府市	畑 洋一	畑 病院
名誉会長	中津市	川寫 眞人	川寫整形外科病院
参 与	佐伯市	小寺 隆	佐伯中央病院
顧 問	大分市	岡 宗由	大分岡病院

## 第40回大分県病院学会 事前参加申込要領

### I. 学会概要

#### (1) ハイブリッド開催（会場での聴講&ライブ配信）

日 時：令和4年11月20日（日） 8時30分～12時（予定）

会 場：別府ビーコンプラザ フィルハーモニアホール（予定）

ライブ配信：zoom ウェビナー

内 容：開会式典、特別講演、シンポジウム ※当日、一般演題の発表はありません。

#### (2) オンデマンド配信

配信日時：11月24日（木）～12月15日（木）

配信内容：一般演題、企業バナー広告、他調整中

### II. 事前参加申込について

#### 1. 参加申込費用（ハイブリッド学会・オンデマンド配信含）

	参加登録	抄録集購入のみ
職 員	3,000 円	—
学 生	0 円	1,000 円

### III. 参加人数の事前参加連絡について

#### 1. 事前参加申込用紙の提出 \*提出期日 10/7（金）

##### (1) 所属・申込責任者について

必要事項をご記入下さい。お手数ですがご担当者様は貴校内で取りまとめ、同封の連絡票に参加人数等の必要事項をご記入の上、事務局宛ファックス若しくはEメール添付にてご送付ください。事前に抄録集をお届けするご担当者様となりますので、抄録集が届きましたら該当者へ配布をお願いいたします。

##### (2) 貴職員の参加について

参加登録費として1人につき3,000円を指定口座へお支払いください。

##### (3) 学生の参加について

学生は無料でご参加いただけます。事前に学生の名簿をご提出下さい。抄録集が必要な場合は、1冊あたり1,000円にてご購入いただけます。

#### 2. 参加登録費のお支払 \*参加費 振込期日 10/7（金） 支払日付有効

参加人数分の参加申込料および学生用抄録集代金を、ゆうちょ銀行の指定口座へお振込み下さい。恐れ入りますが、振込手数料は貴校のご負担でお願いいたします。入金確認後、振込金額に応じた冊数の抄録集をお送りします。

##### (1) ゆうちょ銀行よりお振込みの場合 … 郵便局備え付けの青色の振込用紙をご利用下さい。

〈振込用紙 記入手順〉

- ① 記載例に従って、通信欄に必要事項の記入をお願いします。
- ② 通信欄記入の合計金額を、払込金額として記載して下さい。
- ③ 「ご依頼人」欄には学校名とご担当者様のお名前をご記入ください。
- ④ お近くの郵便局にて期日までにお振込み下さい。手数料は貴校にてご負担願います。
- ⑤ お支払後の返金は出来ませんのでご了承下さい。

《振込用紙 記入例》

払込取扱票										振替払込請求書兼受領証																				
口座記号番号										金額		千	百	十	万	千	百	十	円											
0	1	7	9	0	-	7	-	7	0	1	1	1					7	0	0	0										
加入者	一般社団法人大分県病院協会									料金		備考																		
【学校 抄録集代金振込用】下線部に必要事項をご記入下さい。																														
(1) 学校・学部名 <u>〇〇学校 〇〇学部</u>																														
(2) 申込冊数 (職員) 3,000円 × <u>1</u> 人 = <u>3,000 円</u> (学生) 1,000円 × <u>4</u> 冊 = <u>4,000 円</u>																														
振込合計金額 <u>7,000 円</u>																														
(3) 申込責任者氏名																														
口座										金額																				
0 1 7 9 0 - 7										7 0 0 0																				
一般社団法人大分県病院協会										学校名																				

(2) 他金融機関よりお振り込みの場合の振込先

銀行名：ゆうちょ銀行

店名：一七九（読み イチナナキュウ）、店番（179）

預金種別：当座、 口座番号：0070111

IV. 参加登録について

11月中旬以降になりましたら、事務局よりメールにてお申込みいただいた全員分の登録用のログイン ID をお知らせします。参加される学生一人ひとりにその ID をお知らせください。参加につきましては、各自でログインしご登録をお願いいたします。登録方法等に関しましては、後日メールにてお知らせします。

《今回同封したもの》

1. 第40回大分県病院学会プログラム
2. 学会ポスター
3. 参加申込連絡票

※プログラム、連絡票の様式は協会ホームページからもダウンロードできます。

>>>一般社団法人大分県病院協会 事務局

〒870-0100 大分市大字駄原 2892 の1

大分県医師会館内 5F

TEL 097-540-5526

FAX 097-540-5597

E-mail : info@oitahospitals.jp

oha2@oitahospitals.jp