FAX：097-540-5597　※鑑不要

申込期限：令和4年10月7日(金)

E-mail：oha2@oitahospitals.jp

申込先：大分県病院協会 事務局　TEL 097-540-5526

**第40回大分県病院学会 参加申込 連絡票（学校用）その１**

⑴　申込責任者（職員）について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　学　校　名 |  |
| ②　学部・学科　他 |  |
| ③　役　職　等 |  |
| ④　氏名（ふりがな） |  |
| ⑤　連絡先電話番号 |  |
| ⑥　Eメールアドレス |  |

⑵　職員様のご参加について（3,000円/人）

|  |  |
| --- | --- |
| 参加予定人数※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |

⑶　学生の参加について　（学生参加料：無料、　抄録集が必要な場合：1,000円/冊）

|  |  |
| --- | --- |
| ①　参加予定人数※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| ②　抄録集購入冊数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　冊 |

 　 ※様式は問いませんので、職員と学生の名簿のご提出をお願いします。その2を利用されても良いです。

⑷　通信欄

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

**第40回大分県病院学会 参加申込 連絡票（学校用）その２**

|  |
| --- |
| **◎ 職員様用名簿一覧** 　※2）現在の予定で○をご記入ください。 |
| 氏　　名 | 会場にて聴講の予定※２(どちらかに○を) | 氏　　名 | 会場にて聴講の予定※２(どちらかに○を) |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
| **◎ 学生用名簿一覧** 　※2）現在の予定で○をご記入ください。 |
| 氏　　名 | 会場にて聴講の予定※２(どちらかに○を) | 氏　　名 | 会場にて聴講の予定※２(どちらかに○を) |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |
|  | あり ・ なし |  | あり ・ なし |