

令和4年9月8日

各位

第40回大分県病院学会実行委員会

## 第40回大分県病院学会 運営スタッフのお願いについて

時下、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。また、日頃より当協会の運営に対しご支援ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

標記学会は午前中の開会式・特別講演・シンポジウムのみを現地での聴講とライブ配信のハイブリッド様式での開催となりました。

つきましては、お忙しいとは存じますが学会当日運営スタッフとしてご出席くださいますようお願い申し上げます。また、11月7日(月)に予定しております学会リハーサルへご出席くださいますようお願い申し上げます。お手数ですが、9月26日(月)までに右頁の連絡票を切り取り、必要事項をご記入の上FAX若しくはメールにてご返信ください。

なお、ご都合により代理の方をご推薦いただく場合は、原則として自院内よりお願いいたします。別途、上司の方へ依頼状等が必要な場合やご不明な点がございましたら⑥の通信欄へご記入ください。

ご多忙中とは存じますが何卒ご理解とご協力の程宜しくお願い申し上げます。

### 記

#### 1. 学会運営スタッフについて

##### (1) 学会参加登録

学会参加申込は不要です。事務局よりスタッフ証と抄録集をお送りします。

##### (2) 交通費

学会リハーサル及び当日の交通費(協会規定)を支給いたします。

#### 2. 業務内容について

学会運営スタッフとしての業務

#### 3. 学会リハーサルについて

日時：11月7日(火) 13時30分～15時30分終了予定 (受付開始13時10分～)

場所：ビーコンプラザ リハーサル室

駐車場：野口原駐車場をご利用下さい。

#### 4. 学会当日について

日時：11月20日(日)

場所：ビーコンプラザ

業務：詳細は学会リハーサルにて説明いたします。

以上

【お問合せ・連絡先】 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 2892-1

大分県医師会館内 5F

TEL: 097-540-5526 ・ FAX: 097-540-5597

E-MAIL: info@oitahospitals.jp

FAX:097-540-5597 (鑑不要)

提出期限：令和4年9月26日(月)

提出先：一般社団法人大分県病院協会 事務局 宛  
〒870-0100 大分市大字駄原 2892-1 大分県医師会館 5F TEL 097-540-5526

### 【 学会運営スタッフ 連絡票 】

① 病 院 名：.....

② 氏 名：.....

③ Eメールアドレス※：.....

※事務局からの連絡のみに使用します。代理の方の場合もご記入下さい。

④ 病院学会運営スタッフについて (いずれかに○をご記入ください)

承諾します・下記の代理を立てます※1・その他※2

※1 ⑤学会リハーサルについての出欠は代理の方がご回答下さい。

※2 具体的にご記入ください。

※1 氏名.....

※2 その他.....

⑤ 学会リハーサルについて (どちらかに○をご記入ください)

出席します。 ・ 欠席します。

⑥ 通信欄

.....  
.....  
.....

《メールでご返信される場合》

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。

[宛先] info@oitahospitals.jp

[件名] 運営スタッフ連絡票について

[本文] ①、②、③、④、⑤、⑥の内容