令和4年9月22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、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。また、日頃より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。一般演題につきましては、後日オンデマンド配信をいたします。

つきましては、学会案内を送らせていただきますので、ご担当者様へお渡しいただき、貴院内にてご周知いただけたら幸いです。なお、同封した資料は協会ホームページよりダウンロード出来ます。

参加希望の方がいらっしゃる場合は、別紙の「第40回大分県病院学会　事前参加申込要領」をご確認いただき、連絡票をFAX若しくはメール添付にてお申し込み下さい。なお、**どなたもご参加のご予定がない場合は連絡票のご提出は必要ありません。**

今後ともよろしくお願い申し上げます。

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　　　曽根　　勝 曽根病院

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　　　井野邉純一　　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　　　川嶌 眞之　　川嶌整形外科病院

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　　　川嶌 眞人　　川嶌整形外科病院

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**

⑴ 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。

⑵ オンデマンド配信

配信日時：11月24日(木)～12月15日(木)　予定

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**

**１．参加費用（ハイブリッド学会・オンデマンド配信含）： 1名　3,000円**

**２．事前参加申込用紙の提出**　　　**＊出欠票 提出期日10/11（火）**

　別紙の連絡票に必要事項をご記入の上、事務局宛ＦＡＸ若しくはEメール添付にてご送付下さい。

**３．参加費のお支払**　　**＊参加費 振込期日10/11（火）支払日付有効**

参加人数分の参加申込料を、ゆうちょ銀行の指定口座へお振込み下さい。手数料はご負担願います。お振込が確認できましたら、ご担当者様へ事前に抄録集をご送付しますので、参加者へ配布をお願いいたします。

**⑴ ゆうちょ銀行よりお振込みの場合** … ゆうちょ銀行備え付け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」欄には団体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≫**

**⑵ 他金融機関よりお振込みの場合の振込先**

 　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

**Ⅲ．学会参加について**

　**１．参加登録について**

11月中旬以降になりましたら、事務局よりご担当者様へ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。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。お手数ですがご担当者様は事前にお申込みをされた方へそれぞれIDをお知らせいただき、参加につきましては、各自でご登録されるようご周知下さい。

**２．学会の視聴について**

11月20日(日)に開会行事、特別講演、シンポジウムが会場での聴講並びにライブ配信されます。11月24日（木）からはオンデマンド配信となりますので、ご都合の良い場所・時間で一般演題並びにライブ配信された内容を視聴することができます。視聴の際は上記のログインIDとパスワードが必要です。

≪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2892-１

大分県医師会館内5Ｆ

TEL 097-540-5526

　 FAX 097-540-5597

E-mail : oha2@oitahospitals.jp

FAX：097-540-5597　※鑑不要

申込期限：令和4年10月11日(火)

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**

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 |

|  |
| --- |
| **◎名簿一覧** 　※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※(どちらかに○を) | 氏　　名 | 会場にて聴講の予定※(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 |

※参加者名簿一覧