

FAX:097-540-5597 (録音)
E-mail: oha2@oitahospitals.jp

記載例

提出期限：令和4年10月6日(水)

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 出欠票（参加者名簿一覧表）※1

※1）別添で貴院の参加一覧表のご提出も可能です。この出欠票と併

1. 申込責任者

会員病院名	〇〇病院
学会参加について（どちらかに○）	参加する ・ 参加しない
氏名・役職若しくは職種	〇〇〇〇・事務長

会場聴講・WEB視聴にかかわらず参加者が1人でもいたら参加するに○を

会場聴講・WEB視聴にかかわらず参加者の合計人数を

2. 事前参加登録申込人数（ 7 ）人 部門別内訳（概数で可）

医師	事務	看護	栄養	医療技術	社会福祉	その他
1	1	3		2		

参加者名簿一覧 ※2）各自治体に現地参加人数等の報告が必要なので、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）
〇〇〇〇	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

申込の時点で現地会場に来る人は「あり」に○を
来ない人は「なし」に○を
後で変更可能