FAX：097-540-5597　※鑑不要

申込期限：令和4年12月8日(木)

E-mail ：

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 オンデマンド配信　視聴申込書**

⑴　申込者について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　病院名・団体名 |  |
| 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 |

⑶　その他連絡事項

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