FAX:097-540-5597 （鑑不要）

申込期限：令和4年12月8日(木)

E-mail: oha2@oitahospitals.jp

申込先：大分県病院協会 事務局　　TEL 097-540-5526

※追加申込は、参加料が3,000円となります。ご了承ください。

第40回大分県病院学会 追加申込票（参加者名簿一覧表）

１．申込責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 会　員　病　院　名 |  |
| 氏名・役職若しくは職種 |  |

2．追加登録申込人数 （　　　　　　　　　）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 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名簿一覧（追加者） 　※1）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※1  (どちらかに○を) | 氏　　名 | 会場にて聴講  の予定※1  (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 |

◆振込の際のご注意…貴院病院名をご記載下さい。

◆振込先…下記ゆうちょ銀行へお振込みください。振込手数料はご負担願います。

○ゆうちょ銀行からのお振込みの場合

　口座番号　０１７９０－７－　７０１１１

　　　口座名称　一般社団法人大分県病院協会（ ｼﾔ）ｵｵｲﾀｹﾝﾋﾞｮｳｲﾝｷｮｳｶｲ ）

○他金融機関からお振込みの場合

銀行名：ゆうちょ銀行

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