FAX：097-540-5597　※鑑不要

E-mail：oha2@oitahospitals.jp

申込先：大分県病院協会 事務局　TEL 097-540-5526

**第41回大分県病院学会 参加申込 連絡票（一般用）**

⑴　申込者について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　氏名（ふりがな） |  |
| ②　連絡先電話番号 |  |
| ③　抄録集送付先住所 | 〒 |
| ④　Eメールアドレス |  |

⑵　申込人数・振込金額について（参加費：3,000円／1名）

|  |  |
| --- | --- |
| ①　申込人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| ②　振込金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ③　振込予定日 | 　　　　　　　　　月　　　　　　　日頃 |

⑶　通信欄

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