FAX:097-540-5597

申込期日：令和6年5月24日(金)

申込先：一般社団法人大分県病院協会 事務局 行

令和6年度定時社員総会 特別講演・懇親会　参加申込書（職員用）

　病院名　　　　　　　　 　　　　　　　　申込責任者氏名

（１）特別講演の出欠連絡

参加人数　（　　　　　　　　）名

◎　特別講演への参加者氏名をご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職、職種 | 氏　　　　名 | 役職、職種 | 氏　　　　名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（２）懇親会の出欠連絡

参加人数　　　(　　　　　　　　　)名

◎　懇親会への参加者氏名をご記入下さい。当日受付にて参加費3千円を申し受けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 役職、職種 | 氏　　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

備考欄

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