

FAX:097-540-5597 (鑑不要)

提出期限：令和6年7月15日(月)

提出先：一般社団法人分県病院協会 事務局

## 第42回大分県病院学会 ポスター分科会座長 連絡票

◎下記の必要事項にご記入下さい。

### 1. A会場 群 座

承諾します・都合により辞退します (どちらかに○印をご記入下さい。)

### 2. 抄録掲載内容 … 抄録集に掲載しますので楷書にてご記入下さい

① 病 院 名 .....

② 肩書き・職種 .....

③ 氏名(ふりがな) .....

### 3. 当日連絡のつく携帯番号 (※必須)

.....  
※この連絡先は目的以外に使用しません。厳正な管理のもと対応いたしますので、ご理解・ご協力の程なにとぞよろしくお願いいたします。

### 4. その他連絡事項等

.....  
.....  
.....  
.....

《メールで提出される場合》

メールに以下の内容を明記して事務局宛送信して下さい

(宛先) oha2@oitahospitals.jp

(件名) 病院学会座長連絡票

(本文) 1、2、3、4の内容