FAX：097-540-5597　※鑑不要

申込期限：令和6年8月3日(土)

E-mail：案内文にてご確認ください

申込先：大分県病院協会 事務局　TEL 097-540-5526

**第42回大分県病院学会 参加申込 連絡票（学校用）その１**

※ 1名でも参加者がいる場合のみ、ご提出下さい。

⑴　申込責任者（職員）について（※抄録集をお届けします）

|  |  |
| --- | --- |
| ①　学　校　名 |  |
| ②　学部・学科　他 |  |
| ③　役　職　等 |  |
| ④　氏名（ふりがな） |  |
| ⑤　連絡先電話番号 |  |
| ⑥　Eメールアドレス |  |

⑵　職員様のご参加について（3,000円/人）

|  |  |
| --- | --- |
| 参加予定人数※ | 人 |

⑶　学生のご参加について　（学生参加料：無料、　抄録集が必要な場合：1,000円/冊）

|  |  |
| --- | --- |
| ①　学生代表者氏名 |  |
| ②　参加予定人数(概数)※ | 人 |
| ③　抄録集購入冊数 | 冊 |

　 ※様式は問いませんので、職員と学生の名簿のご提出をお願いします。その2を利用されても良いです。

⑷　通信欄

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

**第42回大分県病院学会 参加申込 連絡票（学校用）その２**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **◎ 職員様用名簿一覧** | | |
|  |  |  |
| **◎ 学生用名簿一覧** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |