

令和6年7月9日

各 位

第42回大分県病院学会 学会長 長松 宜哉
実行委員長 内田 明宏
一般社団法人大分県病院協会役員一同（下記）

第42回大分県病院学会のご案内について

時下、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。また、日頃より格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、当協会主催の第42回大分県病院学会を9月29日(日)に別府ビーコンプラザにて開催する運びとなりました。つきましては、学会案内および広報ポスター、プログラムをお送りいたしますので、貴院内にてご周知いただけたら幸いです。なお、同封した資料は協会ホームページよりダウンロード出来ます。

参加希望の方がいらっしゃる場合は、次頁の「第42回大分県病院学会 事前参加申込要領」をご確認いただき、別紙の連絡票をFAX若しくはメール添付にてお申し込み下さい。なお、どなたもご参加のご予定がない場合は連絡票のご提出は必要ありません。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

一般社団法人大分県病院協会 役員一同

会 長	大分市	長松 宜哉	佐賀関病院
副会長	佐伯市	曾根 勝	曾根病院
副会長	別府市	内田 明宏	内田病院
理 事	大分市	武居 光雄	諏訪の杜病院
理 事	大分市	帆秋 善生	大分丘の上病院
理 事	大分市	井野邊純一	井野辺病院
理 事	大分市	末友 仁	大分記念病院
理 事	大分市	立川 洋一	大東よつば病院
理 事	別府市	黒木 健次	黒木記念病院
理 事	別府市	松川 秀	石垣病院
理 事	宇佐市	佐藤 仁一	佐藤第一病院
理 事	豊後高田市	瀧上 茂	高田中央病院
理 事	中津市	川嶌 眞之	川嶌整形外科病院
理 事	玖珠町	山下 太郎	高田病院
理 事	日田市	石井 聡大	若宮病院
理 事	佐伯市	小寺 隆三	佐伯中央病院
理 事	豊後大野市	首藤 治	婦巖会みえ病院
監 事	別府市	畑 洋一	畑 病院
監 事	玖珠町	河田俊一郎	玖珠記念病院
名誉会長	中津市	川嶌 眞人	川嶌整形外科病院
参 与	佐伯市	小寺 隆	佐伯中央病院

第 42 回大分県病院学会 事前参加申込要領

1. 参加費用：1名 3,000円

2. 事前参加申込用紙の提出 *出欠票 提出期日 8/3 (土)

別紙の連絡票に必要事項をご記入の上、事務局宛 FAX 若しくは Eメール添付にてご送付下さい。

3. 参加費のお支払い *参加費 振込期日 8/6 (火) 支払日付有効

参加人数分の参加申込料を、ゆうちょ銀行の指定口座へお振込み下さい。手数料はご負担願います。お振込が確認できましたら、ご担当者様へ事前に抄録集をご送付しますので、参加者へ配布をお願いいたします。なお、お支払後の返金は出来ませんのでご了承下さい。

(1) ゆうちょ銀行よりお振込みの場合 … ゆうちょ銀行備え付けの振込用紙をご利用下さい。WEB 上からの振込も受け付けます。振込先番号は、記入例を参考にされて下さい。

《振込用紙 記入手順》

① 記入例に従って、「通信欄・ご依頼人」に必要事項の記入をお願いします。

② 「通信欄」記入の合計金額を、払込金額として記載して下さい。

※口座番号：01790-7-70111 (右詰めで記入)

《振込用紙 記入例》

払 込 取 扱 票										振替払込請求書兼受領証																	
口座記号番号										金額		千		百		十		万		千		百		十		円	
0	1	7	9	0	-	7	-	7	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	0	0		
加入者 一般社団法人大分県病院協会										料金		備考		口座 0 1 7 9 0 - 7 7 0 1 1 1													
団体名										一般社団法人大分県病院協会																	
申込人数 2 人										金額																	
入金金額 3,000 × 2 = 6,000 円										千		百		十		万		千		百		十		円			
住所 ・ 氏名 ・ 電話番号										6		0		0		0		0		0		0		0			
氏名										氏名																	

(2) 他金融機関よりお振込みの場合の振込先

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

4. その他連絡事項

今期の学会ではエントランスホールにてパン販売をいたしますが、弁当の当日販売はありません。昼食が必要な方は当日パンを購入されるか、予めご自分で準備されることをお勧めします。

《申込先・お問合せ先》 一般社団法人大分県病院協会 事務局

TEL 097-540-5526 ・ FAX 097-540-5597 ・ E-mail : oha2@oitahospitals.jp