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**

⑴　申込者について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　病　院　名 |  |
| ②　役　職　名 |  |
| ③　氏名（ふりがな） |  |
| ④　連絡先電話番号 |  |
| ⑤　抄録集送付先住所 | 〒 |
| ⑥　Eメールアドレス |  |

⑵　申込人数・振込金額について

|  |  |
| --- | --- |
| ①　申込人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| ②　振込金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

⑶　参加者名簿

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

⑷　通信欄　※参加者が4名以上の場合はこちらにご記入ください。

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