

FAX : 097-540-5597 ※鑑不要
E-mail : oha2@oitahospitals.jp

申込期限 : 令和 6 年 9 月 20 日(金)

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 抄録集予約票

(1) 申込者について (学会当日に抄録を受け取る方)

① 所 属	
② 役 職 名	
③ 氏名 (ふりがな)	
④ 連絡先電話番号	
⑤ Eメールアドレス	

(2) 申込人数について (1人当たり 3,000円)

申込人数	人
------	---

(3) 参加者名簿

(4) 通信欄
