

提出期限：令和7年4月21日(月)

FAX:097-540-5597 (鑑不要)

提出先：一般社団法人大分県病院協会 事務局 宛

第43回大分県病院学会 口演分科会座長 連絡票

◎下記の必要事項にご記入下さい。

1. 会場 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ください。

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. Eメールアドレス

5. 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、5の内容