電話 097-540-5526・FAX 097-540-5597・Eメール:info@oitahospitals.jp

FAX:097-540-5597

30日（金）

申込期日：令和7年5月26日(月)

申込先：一般社団法人大分県病院協会 事務局 行

令和7年度定時社員総会

 特別講演・記念講演・懇親会　参加申込書（職員用）

　病院名　　　　　　　　 　　　　　　　　申込責任者氏名

参加者の出欠※1について

※1協会会員の先生は別途送付(5/19以降)の出欠票にてお申し込みください。

◎　参加者氏名・職種をご記入のうえ、参加される行事に○を、参加しない行事に×を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職、職種 | 氏　　名 | 特別講演・記念講演（○or×） | 懇親会※2（○or×） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参加者合計 | 名 | 名 | 名 |

※2　懇親会へ参加される方は、当日受付にて参加費4千円を申し受けます。

備考欄

|  |
| --- |
|  |
|  |