

会 員 各 位

公益社団法人神奈川県病院協会
会 長 渡 邊 史 朗
(公印省略)

神奈川県病院協会会報第43号への投稿について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当協会のご協力に賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、「神奈川県病院協会会報(第43号・年1回発行)」に、会員の先生方や職員の皆様方からご投稿いただきたく、時節柄何かとご多忙のこととは存じますが、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

記

- 掲載コーナー 「寄稿」・・・テーマは自由です。
(医療、時節の話題、趣味等、何に関することでも結構です。)
- 字 数 1, 200字～2, 700字程度
・掲載はA4版で1～2ページ程度。(1ページは約1, 500字)
原稿は可能な限りメールやCD等のデータでのご提出をお願いします。
併せて、顔写真(データ可)もご送付ください。(写真はご返却いたします。)
- 発行部数 600部
- 配布先 会員病院、県内地区病院協会、神奈川県、県医師会、県内郡市医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、他県病院協会、その他県内外の医療関係団体
- 期 限 平成24年12月21日(金)
- 発行予定日 平成25年3月1日(金)
- 提出先 〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1
公益社団法人神奈川県病院協会 事務局 担当 町田
E-mail : machida@k-ha.or.jp
TEL : 045-242-7221 FAX : 045-231-1794
- 留意事項 校正については、ゲラ刷りをお送りいたしますので、著者校正をしていただきます。ただし、明らかな記述の誤り、漢字・用語の誤り等は、広報委員会の責任において可能な限り訂正させていただきます。

※ご投稿いただける場合のみ、事前にFAX(045-231-1794)にてご連絡下さるようお願いいたします。(送付状不要)

平成24年 月 日

神奈川県病院協会会報第43号への投稿

タイトル(仮題) 『 _____ 』

病院名 _____

役職名 _____

氏名 _____

電話番号 _____

備考 (連絡事項がありましたらご記入ください。)

※事務処理欄 (病院協会事務局で記載)

受付日 _____ 受付番号 _____

原稿の種類 メール・CD・その他 (_____)

***** FAX番号 045-231-1794 *****