

産学連携学会 第2回学術シンポジウム 参加申込書

2005年10月6日(木) 学術総合センター

お名前	(姓)	(名)
ふりがな	(姓)	(名)
所属機関名		
役職名		
住所	〒	
TEL		FAX
E-mail		
懇親会	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 ※いずれかをチェックしてください。 ※懇親会費は5,500円です。	

■参加申込書は、産学連携学会本部事務局へ、FAXまたはE-mailでご送付ください。

FAX番号：011-706-7306

E-mail：office@j-sip.org