

FAX : 095-849-7131

送信先：長崎大学医学部原研疫学

日本計算機統計学会第 16 回シンポジウム・懇親会 参加申込

必要な所を○で囲んで下さい

申込日	月 日
氏名（所属）	()
連絡先	(〒) Tel : () - Fax : () - E-mail :
シンポジウムに参加	(1) する (2) しない
懇親会に出席	(1) する (2) しない
会員の種類	(1) 会 員 (一般 ・ 学生) (2) 非会員
事前振り込み	(1) する 振込名義人 : _____ 振込予定日 : 月 日頃 何人かまとめて振り込まれる場合、その方のお名前も連絡事項の欄にご記入ください。 (2) 当日払いとする
連絡事項	