技　術　相　談　申　込　書

　　年　　月　　日

※受付年月日：　　　　年　　月　　日

※受付番号：

滋賀医科大学

研究戦略推進室 産学連携推進部門　御中

次のとおり技術相談を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申し込み者 | 会社名 |  |
| 役　職 |  | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

◇希望相談日　　　　年　　月　　日　　　時

◇相談要約

◇相談事項（具体的に書いてください。）

◇キーワード

◇相談を希望する教官名（できれば記入してください）

学部名　　　 　 教官名

 ※印は記入しないで下さい

申込書送付先(Ｅメール添付でない場合は、下記へお願いします。)

　〒５２０－２１９２　　滋賀県大津市瀬田月輪町

　　　　 　　　滋賀医科大学　研究戦略推進室 産学連携推進部門

　　　　　　　　　TEL 077-548-2936　　FAX 077-548-2896