**産学連携交流相談申込書**

大阪市立大学ＵＲＡセンター宛　　　　　　　　ＦＡＸ：06-6605-2058

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　込　者 | 住　所 |  |
| 会社名 |  |
| 役　　職 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電　話 |  |
| FAX |  |
| Eメ－ル |  |
| 相談のきっかけ〇をお付けください | aフェア・展示会で知って　 　　b 　TV・新聞などで知って　c ホームページを見て　　　 　d　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 相談の種類〇をお付けください | a　共同研究に関する相談 |
| b　受託研究に関する相談 |
| c　技術相談・技術指導に関する相談 |
| d　測定・分析に関する相談 |
| e　講演等の講師派遣に関する相談 |
| g　その他（ ） |
| 相談内容（できるだけ具体的に記入して下さい。別のＡ４用紙にご記入いただいても結構です。） |
| 面談の希望日などがあれば記入して下さい。　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 希望される教員がありましたら記入して下さい。分野名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教員氏名： |

以下については記入しないでください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付ＮＯ | 受付年月日 | 担当者 |