

受付番号(大学側記入)	R —
担当者(大学側記入)	

岐阜大学「産学官連携に関する相談申込書」

(下記の太枠内の該当箇所をご記入ください)

申 込 日	令和 年 月 日		
連絡先 (申込者)	氏 名		
	所 属	名 称	
		住 所	
		連絡先	Tel: Fax:
		E-mail	
用 件	次の中から該当する番号を記入してください (番号: _____) 1. 技術相談 2. 共同研究・受託研究の相談 3. 地域交流協力会に関する相談 4. その他		
相談内容 (具体的に簡潔にお願いします。また、機密事項には留意してください)			
技術相談希望先(ある場合)	<input type="checkbox"/> 岐阜大学 <input type="checkbox"/> 名古屋大学 <input type="checkbox"/> どちらでも可		
対応希望学部・教員名(ある場合)	学部 :	教員名 :	

*ご相談内容は、東海国立大学機構として最適な支援内容提案に向け、岐阜大学-名古屋大学間で、共有させていただきたく、ご配慮賜りますようよろしくお願い申し上げます。

申込み先(送付先)

国立大学法人東海国立大学機構 岐阜大学 学術研究・産学官連携推進本部 宛
 住所：〒501-1193 岐阜市柳戸1番1 Fax：058-293-2022 E-mail：sangaku@gifu-u.ac.jp