

産学連携交流相談申込書

大阪市立大学UR Aセンター宛

F A X : 06-6605-2058

申 込 者	住 所	
	会 社 名	
	役 職	
	氏 名	
	電 話	
	F A X	
	Eメール	
相談のきっかけ ○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 ○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
------	-------	-----