相談申し込み用紙　　　　　　　　　　　　　　　　　　送信先：FAX　053-457-6123

静岡文化芸術大学　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　-　　　　　　 |
| 連絡先 | 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 相談事項 | （具体的に記入願います。参考資料がありましたら添付してください。） |
| 共同・受託研究等への展開の希望 | 1.ある　　　　　　　　2.検討中　　　　　　　　　　　3.ない |
| 相談を希望する本学教員 | 1.　　　　　　　　　学科　　　教員名　　　　　　　　　　　　　　2.貴学に一任します。※教員との面談等につきましては大学からご連絡させていただきます。 |

○問合せ先　：　地域連携室　ＴＥＬ　053-456-6105（直通）

E-mail　chiiki＠suac.ac.jp