受付番号（大学側記入）	H　　－
担 当 者（大学側記入）	

愛知工科大学
愛知工科大学自動車短期大学「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	平成　　年　　月　　日		
申 込 者 連 絡 先	氏　名		
	所　属	名　称	
		住　所	
		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・受託研究に関する相談		
	３．見学会や技術講習会等に関する相談　　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）			
対応希望学科等（ある場合）			
対応希望教員名（ある場合）			

申込先（送付先）

愛知工科大学・愛知工科大学自動車短期大学　産学官連携センター　宛
住所：〒443-0047　愛知県蒲郡市西迫町馬乗50-2
Fax 0533-68-0532　Tel 0533-68-1135　内線 2121
E-mail:　oba-s@aut.ac.jp

（必要な場合は、この用紙をコピーして使用して下さい。）