**熊本保健科学大学　共同研究・連携事業等相談依頼書**

　　相談依頼日：　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  | 住所 |  |
| 企業機関 |  | 担当者 |  |
| 連絡先 | TEL： | E-mail： | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| 相談分野 | □　連携事業 | | | □　その他 | |
| □　共同研究 | | |  | |
| □　分析・測定、技術的助言 | | |
| 相談内容 | （相談内容を具体的にご記入ください。） | | | | |
| キーワード | ① | | ② | | ③ |
| 連携を希望する  教職員等  **（希望がある場合のみ記入）** | 学科専攻 | 氏名・職 | | 当該教職員等を希望する理由 | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| 熊本保健科学大学に相談しようと思った理由・きっかけをご記入ください。 | （理由・きっかけがありましたら、具体的にご記入ください。） | | | | |
| その他特記事項 |  | | | | |