相談申込書

高知県立大学地域教育研究センター宛

平成　　年　　月　　日

申込者	氏名（ふりがな）	
	会社・団体名	
	部署・所属	
	役職	
	連絡先：住所	
	連絡先：電話	
	連絡先：FAX	
	連絡先：E-mail	

相談の種類 ○をおつけください	a　共同研究に関する相談	b　受託研究に関する相談
	c　奨学寄附金等に関する相談	d　技術相談・技術指導に関する相談
	e　講演等の講師派遣に関する相談	f　研究情報提供に関する相談
	g　その他（　　）	

相談内容（できるだけ具体的に記入してください）

希望される研究者がありましたら記入してください。

氏名　　（学科　　）

【問い合わせ先】

高知県立大学地域教育研究センター（永国寺キャンパス）

〒780-8515　高知市永国寺町 2 番 22 号永国寺キャンパス地域連携棟 3 階

TEL：088-821-7125　FAX：088-821-7126

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：aeru@cc.u-kochi.ac.jp　　高知県立大学 URL　http://www.u-kochi.ac.jp/

※ご記入いただいた情報は、当該相談以外の目的に使用することは一切ありません。