

技術相談申込書

令和 年 月 日

はままつ次世代光・健康医療産業創出拠点事務局 殿

次のとおり技術相談を申し込みます。

●申込者

会社名			
役職		氏名	
連絡先	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
※本件の 連携機関	(連携機関は必ず記載してください。)		

※大学、病院、公設試験研究機関、企業等と連携があれば連携先を必ず記載してください。

●相談事項 (具体的に書いてください。)

1) タイトル： 2) 想定する分野 (例：循環器、口腔、婦人科等)： 3) 内 容 (資料があれば添付してください)：
--

●相談を希望する教員、分野等 (できれば記入してください)

講座名 _____

教員名 (役職・氏名) _____

申込書送付先 〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山 1-20-1
国立大学法人浜松医科大学 医工連携拠点棟内
はままつ次世代光・健康医療産業創出拠点事務局
E-mail : hamtic@ikollabo.jp