E-mail：consult@cim.isct.ac.jp

TEL：０３－５７３４－２４４５

FAX：０３－５７３４－２４８２

東京科学大学　産学共創機構　行

技術相談ニーズ調査票

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 会社名または団体名 | ※会社・製品案内パンフレット等貴社の事業内容がわかるものがありましたら添付してください。 |
| 所属・役職 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連　絡　先 | 住所　〒 |
| 電話番号　　　－　　　－　　　　　 |
| メールアドレス |
| URL |
| 相談内容 | 　※できるだけ具体的に記入してください。　お手元に相談内容を記載してものがありましたら、コピーを提出いただくだけで記入は不要です。 |
| 相談を希望する教員（ありましたらご記入ください。） | 　　　　学院・科学技術創成研究院　　　　系　　　　　コース氏名 |