大阪医科薬科大学　産学官連携推進室長　行

**産学官連携／研究相談シート**

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者 | 貴社名：  担当者氏名：  部署名：  住所：  TEL：  Email：  URL： |
| 相談件名 |  |
| 相談分類 | ※該当するものに☑してください。  　新製品開発相談　　　　　　製品評価相談  　技術相談　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談の内容 |  |
| 希望する形態 | □　共同研究　　　□技術コンサルティング  □　ライセンス・ノウハウの提供　　　専門知識の提供  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談を希望する研究者 | 学部：  所属・職名：  氏名： |
| その他の事項 |  |

＜事務処理欄＞

|  |
| --- |
| **備考・コメント** |

（2021/11/1\_ver.1）