受付番号（大学側記入）	―
担当者（大学側記入）	

愛知工科大学・愛知工科大学自動車短期大学
「産官学連携に関する相談申込書」

申込日	年　月　日		
申込者 連絡先	氏名		
	所属	名称	
		住所	
		Tel	
		Fax	
		E-mail	
用件	次の中から該当する番号を記入してください。（番号：　）		
	1.技術相談　　2.共同研究・受託研究に関する相談		
	3.見学会や技術講習会等に関する相談　　4.その他		
相談内容（具体的に簡潔にお願いします。また、機密事項には留意してください。）			
対応希望学科等（ある場合）			
対応希望教員名（ある場合）			

申込先（送付先）

愛知工科大学　地域・産学連携センター
愛知工科大学自動車短期大学　地域・産学研究協力室
住所：〒443-0047　愛知県蒲郡市西迫町馬乗 50-2
Fax：0533-68-0352
Tel：0533-68-1135（内線 2122）
E-mail:chiiki@aut.ac.jp