

受付番号（大学側記入）	H —
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	平成 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