

科学技術相談申込書

		申込日	年	月	日
所 属 (会社名)		フリガナ 氏 名			
業務内容					
連絡先	住 所	〒			
				
	電話番号			
	FAX 番号			
	e-mail			
	ホームページ	http:			
相談テーマ					
相談内容 (できるだけ具体的にご記入ください)					

申込み先

島根大学地域未来協創本部

産学連携
部 門

〒690-0816 島根県松江市北陵町2番地
TEL:0852-60-2290 FAX:0852-60-2395
e-mail:crcenter@ipc.shimane-u.ac.jp

地域医学
共同研究
部 門

〒690-8501 島根県出雲市塩冶町89-1
TEL:0853-20-2912 FAX:0853-20-2913
e-mail:cmrc@med.shimane-u.ac.jp