

# 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 島根県松江城北陵町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