**研究お問い合わせシート**

**（ご記入日）　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| 所属部署 |  |
| 役　職 |  |
| ご担当者氏名 |  |
| 電　話 |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |

※「会社概要」等、事業内容を示す資料がありましたら、郵送等にてご恵与ください。

**◆相談要約**

**◆相談事項（具体的に書いてください。）**

**◆研究のキーワード**

**◆相談を希望する教員名（できれば記入してください。）**

**学部（学科）名　　　　　　　　　　　　　　　　教員名**

**【シート送付先】**

▼浜田キャンパス地域連携課FAX：0855-23-7352 e-mail：h-chiren@u-shimane.ac.jp

▼出雲キャンパス管理課　　 FAX：0853-20-0201 e-mail：i-kanri@u-shimane.ac.jp

▼松江キャンパス地域連携課FAX：0852-20-0267 e-mail：m-chiren@u-shimane.ac.jp