平成　　年　　月　　日

技術相談申込書

申込者	企業名等			
	所属・役職		氏名	
	連　絡　先	〒		
	Ｔｅｌ Ｆａｘ	(　　)　　－ (　　)　　－		

相談希望教員名（できるだけご記入ください。）

[学科名]　　[氏名]

相談分野

相談内容（具体的にご記入ください。）

申込書送付先

〒８５７－１１９３　佐世保市沖新町１－１
佐世保工業高等専門学校　総務課企画係
TEL：0956−34−8415
FAX：0956−34−8409

＊記入不要

受付月日　Ｈ　　．　　．
受付番号