

地域連携センター相談対応

NO. _____

平成 年 月 日

■お申込者

フリガナ			
団体名			
住所			
担当者氏名			
TEL		FAX	
e-mail			

■相談内容について

相談の種類	a. 委員委嘱に関すること b. 講師派遣に関すること c. その他連携に関すること ()
相談内容	(できるだけ具体的に記入してください。)
日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 講師の都合により、調整 (年 月頃希望) <input type="checkbox"/> 曜日、時間帯のみ指定 (曜日 時頃)
会場	
経費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

- * お問い合わせ時期・内容によっては、お返事に時間がかかる場合があります。
- * 日程およびご依頼の内容によっては、ご希望にそえかねる場合もございますので、あらかじめご了承ください。
- * 個別企業等の営業支援を目的として行なわれる講演はご遠慮させていただきます。

◆お申込み・問い合わせ◆

大阪市立大学 地域連携センター

e-mail shidai@ado.osaka-cu.ac.jp

TEL : 06-6605-3504 FAX : 06-6605-3505

