

当会の趣旨にご賛同くださり、ご加入される方は、
下記申込書をFAXまたはE-mailにてお送り下さい。
(会費は後日事務局よりご請求申し上げます)

〈お問い合わせ先〉

〒950-2181 新潟市西区五十嵐二の町8050番地

新潟大学産学連携協力会事務局

TEL 025-262-7553/FAX 025-262-7577

E-mail:unico@ccr.niigata-u.ac.jp

新潟大学産学連携協力会事務局 行

会員加入申込書

平成 年度から貴会に加入したいので申し込みます。

		申込日	平成	年	月	日
1. (フリガナ) 会社名						
2. 代表者	(役職名)					(氏名)
3. 住所	(〒 -)					
4. 業種 (該当に○)	1. 製造業 (主な製造品目等)		2. 建設業			
	3. 卸・小売業		4. サービス業・その他 (業種名)			
5. 担当者	(役職名)					(氏名)
6. TEL			7. FAX			
8. E-mail	各種案内は、 E-mailへの送付を希望 (する・しない) FAXとE-mailへの送付を希望 (する・しない)					
9. 申込口数	_____ 口		(年間1口2万円です)			

※8.E-mail 以外の項目は全てご記入ください。