当会の趣旨にご賛同いただき、ご入会を希望される方は、

下記申込書をE-mail（またはFAX）にてお送り下さい。

（会費の納入につきましては後日事務局よりご連絡いたします）

〈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

新潟大学産学連携協力会入会申込書

下記のとおり、申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申込日 | | 年　　月　　日 | |
| （フリガナ）  1. 貴社名 |  | | | | | |
| 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. ご担当者 | （所属・役職） （氏名） | | | | | |
| 6. ＴＥＬ |  | 7. ＦＡＸ | |  | | |
| 8. E－mail |  | | | | |
| 9. 申込口数 | 口　（年間１口２万円） | | | | | |
|
|

　※１　基本、各種のご連絡については8. E－mailのアドレスにお送りいたします。

　　２　年会費につきましては本年の当会総会において1口2万円とされました。