年　　月　　日

中四国地域博士人材教育コンソーシアム　会長　殿

貴社名

御住所　〒

代表者名

「中四国地域博士人材教育コンソーシアム」連携機関への加入について

「中四国地域博士人材教育コンソーシアム」連携機関への加入を申込みいたしますので、よろしくお取り計らい願います。

＜加入が承諾された場合＞

１．連携機関である旨をホームページやパンフレット等で公表することについて
（該当する□欄にチェックをしてください。）

□　同意する　　□　同意しない

２．「１」でご同意頂ける場合の掲載名について（掲載名を（例）を参考に記載してください。）
（例）株式会社○○○○、　　○○研究所　等

＜掲載名＞＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜英文掲載名＞＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．連携機関窓口（ご担当者様）情報について

１）所属部署･役職名：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２）氏名（フリガナ）：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３）住所：代表者と同一住所の場合は、「同上」とご記載ください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４）電話番号：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５）Ｅ－ｍａｉｌ：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿