

東京水産大学 相談受付票

相談受付日： 年 月 日

相談受付者： 学科

東京水産大学教官への相談質問には、本票をお使いの上、下記番号に送信下さい。

送信先： _____ 学科 : FAX03-5463-

東京水産大学地域共同研究センター 中村助教 : FAX03-5463-0894

相談者名		郵便番号	
企業・ 団体名		住所	
所属・ 役職		電話番号 FAX 番号	
電子メール			
本学及び教官 への問合せの きっかけ	<input type="checkbox"/> 先生の著作、論文、講演などから <input type="checkbox"/> テレビ、新聞等マスコミ情報から <input type="checkbox"/> ほかからの紹介 差し支えなければ：紹介者 _____ <input type="checkbox"/> まったくの飛び込み <input type="checkbox"/> その他： _____		
相談内容			
<input type="checkbox"/> 水産大を訪問して話をしたい <input type="checkbox"/> 電話で話をしたい <input type="checkbox"/> 会社(その他組織)に来て欲しい <input type="checkbox"/> その他 _____			