様式１

令和　　年　　月　　日

大阪大学大学院医学系研究科・医学部附属病院

産学連携・クロスイノベーションイニシアティブ

　　ディレクター　　　藤 本　　 学　　殿

大阪大学大学院医学系研究科・医学部附属病院

産学連携・クロスイノベーションイニシアティブ協働機関申請書

　大阪大学大学院医学系研究科・医学部附属病院 産学連携・クロスイノベーションイニシアティブ協働機関に令和　　年　　月　　日から加入いたしたく、「大阪大学大学院医学系研究科・医学部附属病院産学連携・クロスイノベーションイニシアティブ協働機関に関する規則」に基づき、関係書類を添えて申請いたします。

機　関　名

代表者　役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

〈ご担当者〉

　住　　 所：〒

　部署･氏名：

　連絡先 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

電話番号

※ 「関係書類」として、申請機関の概要がわかるパンフレット等の資料等を添付願います。

※　なお、文書の宛先等が上記の〈ご担当者〉欄の内容と異なる場合は、下記に住所、

氏名、連絡先(メールアドレス・電話番号)をご記入ください。

〈ご連絡先〉

　住　　所

　機関及び部署名等

　氏　　名

　連絡先　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

　　　　　　電話番号