（様式１）

令和　　年　　月　　日

**技術相談申込書**

高知工業高等専門学校地域連携センター長　殿

下記のとおり技術相談を申込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申  込  者 | 企業名等 |  |
| 役　職 |  |
| 氏　名 | 印 |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| E-mail |  |
| 担当教職員の希望 | | □　有　　（担当教職員名：　　　　　　）  □　無 |
| 相談内容 | | 具体的にご記入ください。 |

　次の事項について、ご確認の上、同意いただける場合は、レをご記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 秘　密　保　持 | □　技術相談の経過において、担当教職員よりノウハウ等の提供を受けた場合、秘密保持  契約を締結することに同意する。  ※同意いただけない場合、技術相談を実施することができないことがあります。 |
| 知的財産の取扱い | □　技術相談の経過又は結果、担当教職員の寄与により知的財産が生じた場合、当校へ書面にて通知することに同意する。  　　※同意いただけない場合、技術相談を実施することができないことがあります。 |