

(様式 1)

FAX: 045-825-3307
(財)木原記念横浜生命科学振興財団

平成 年 月 日

バイオアドバイザー面談申込書

「アドバイザー面談」を利用したく、利用規約について了解の上、申し込みます。

フリガナ		フリガナ	
会社名 (商号)		代表者名 (個人名)	
所在地	〒 -	【担当者の所属・氏名】	
		電話	
		FAX	
URL		E-mail	
【相談希望日時】 ※希望順にご記入ください。アドバイザーの都合に合わせる場合は記入不要です。 ① 月 日 時頃 ② 月 日 時頃 ③ 月 日 時頃			
【相談を希望するアドバイザー区分】 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 弁理士 <input type="checkbox"/> 公認会計士 <input type="checkbox"/> 税理士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 中小企業診断士 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 技術士 <input type="checkbox"/> ITコーディネータ <input type="checkbox"/> ISO <input type="checkbox"/> 企業実務経験者 <input type="checkbox"/> 技術リエゾンプロデューサー <input type="checkbox"/> 技術エージェンツ・コーディネーター			
<input type="checkbox"/> アドバイザー指名希望あり (氏名:) <input type="checkbox"/> 財団と相談の上決定したい			
【相談内容】 相談内容の把握に努めさせていただきますので、できるだけ詳しくご記入ください。			
【アドバイザー面談ご利用のきっかけ】 <input type="checkbox"/> ウェブサイト <input type="checkbox"/> 財団スタッフの案内 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【ご利用歴】 有 (回目) ・無			

※ 申込書が届きましたら、財団スタッフからご連絡させていただきます。

※ 相談申込みの内容は、事前にアドバイザーに開示させていただく場合がございます。