

連 携 協 力 依 頼 書

平成 年 月 日

茨城県立医療大学

地域貢献研究センター 地域連携人財ネット事務局 御中

依頼者（代表者）

所在地・住所

名 称

(職) 氏名

電話番号

F A X

e-mail

| | |
|-------|--|
| 依頼事項等 | (事業又は取組の名称, 主催(責任)者, 日時, 場所, 回数, 対象者, 具体的な内容, 費用負担などについて記入してください。) |
| 希望の教員 | |
| 特記事項 | |