ラ　イ　セ　ン　ス　受　付　用　紙

学校法人日本医科大学　知的財産推進センター

電話：03-5814-6637

メールアドレス：nms-tlo@nms.ac.jp

申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ライセンス希望者 | 貴社名 |  |
| 部署・役職 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 会社情報 | 設立年月 |  | 資本金 |  |
| 従業員数 |  | 業種 |  |
| 連絡先 | 住所：〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| E-mail： |
| URL： |
| ライセンス希望案件名 | 整理番号：NMS - 発明の名称： |
| 導入内容 | 上記の技術に対して、本法人教職員に技術指導等を求めるのか、どのような効果が得られることを期待されているのかお聞かせください。 |
| 導入条件 | 時間的な制約、契約条件、実施料の条件など希望があればご記入ください。 |
| 事務記入欄 | 受付番号 |  |