**利用相談票**

|  |
| --- |
| **連絡先** |
| ■提出日 |  |
| ■所属、役職 |  |
| ■氏名　 |  |
| ■住所 |  |
| ■電話番号 |  |
| ■FAX番号 |  |
| ■E-Mail |  |

|  |
| --- |
| **内容（出来るだけ具体的にご記入ください）** |
|  |

ユーザー情報の取扱いについては、ホームページ「秘密保持方針について」をご参照ください。

（URL:http://www.saga-ls.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| ご来所での打合せをご希望の場合は、希望日をご記入ください。（複数回答可） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　**九州シンクロトロン光研究センター（相談窓口）****SAGA-LS　利用企画課****〒841-0005　佐賀県鳥栖市弥生が丘八丁目7番地****TEL:0942-83-5017　FAX:0942-83-5196****E-Mail:riyou@saga-ls.jp** | ロゴ |