

# 相談受付票

受付日時	年                      月                      日
相談者	本人 ・ 家族（続柄：                      ） ・ その他（                      ）
相談手段	来室                      ・ 電話                      ・ メール                      ・ その他（                      ）

学生氏名			
学籍番号			
学部（研究科）		学科・専攻	
連絡先	電話番号：		
	メールアドレス：		

相談内容	<input type="checkbox"/> 授業に関する事 <input type="checkbox"/> 大学生活に関する事 <input type="checkbox"/> 就職活動に関する事 <input type="checkbox"/> その他
------	--

受付者