障がい学生支援室　相談申込票

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 学籍番号 |
| 氏名 |  |  |
| 所属 | 学域　　　　　　　　 　　　　学類  研究科　　　　　　 　　　　　専攻 | |
| 電話 |  | |
| メール |  | |
| 支援室でのこれまでの相談の有無 | 有（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | |
| 相談の内容  （概要を書いてください。） |  | |
| 来室可能な日程  （できるだけ多く  〇をつけてください。） | 月曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目  火曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目  水曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目  木曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目  金曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目  ＜備考＞ | |

いただいた情報は障がい学生支援室内で共有し，初回相談日および担当者の調整のために使用します。初回相談日はメールでご連絡します。メールに注意していてください。