

学 習 相 談 票

鹿児島学習センター

氏 名		学生番号	— —
学 生 種	教養学部 <input type="checkbox"/> 全科履修生 <input type="checkbox"/> 選科履修生 <input type="checkbox"/> 科目履修生 大学院 <input type="checkbox"/> 修士全科学 <input type="checkbox"/> 修士選科学 <input type="checkbox"/> 修士科目生 <input type="checkbox"/> 博士全科学		
コース・専攻・プログラム		連絡先	— —
相談希望日	第一希望 年 月 日 : ~	第二希望	年 月 日 : ~
相談希望教員	<input type="checkbox"/> 関山 徹 (臨床心理学) 曜日 午前	<input type="checkbox"/> 牧迫 飛雄馬 (健康科学・老年学) 火曜日 午後	
	<input type="checkbox"/> 糸尾 達哉 (日本古代史) 水曜日 午前	<input type="checkbox"/> 高津 孝 (中国文学) 水曜日 午後	
	<input type="checkbox"/> 岡村 浩昭 (有機化学) 木曜日 午前	<input type="checkbox"/> 山下 亜矢子 (精神看護学) 木曜日 午後	
	<input type="checkbox"/> 神蘭 紀幸 (社会心理学) 土曜日 午前	<input type="checkbox"/> 石塚 孔信 (経済学) 土曜日 午後	
		<input type="checkbox"/> 志水 勝好 (作物学・植物生理学) 日曜日 午後	
相談内容	該当番号に○をつけてください。 1 学習方法 2 その他の学習相談 相談または質問したいことを記入してください。		
相談担当教員名()			
相談実施日 月 日 :			

※ 相談等は原則一人30分以内とします。

所長	事務長	

受付者
月 日