



相談申込カード

Confidential Application for Counselling

申込年月日 Application date	年(Year) Month	日(Date)	
ふりがな 氏名 Full Name	生年月日 (Date of Birth)		
学籍番号(Student ID No.)			
所属 Major	年 grade/year		
指導教員 Academic supervisor	研究室内線 Lab Ex. No.		
連絡先 Contact Information	〒 (zip code) — 住所(Address)		
	携帯電話番号(Mobile phone number)		
	メールアドレス>Email)		
希望する面談形態 Please choose online or in-person meeting, or others	<input type="checkbox"/> 対面 in person <input type="checkbox"/> (zoom など) 遠隔 online <input type="checkbox"/> その他 others ()		
相談希望日時 (Please write your availability for counselling.)			
第1希望 time & date (1st choice)	月/M	日/D	時/time
第2希望 time & date (2nd choice)	月/M	日/D	時/time
第3希望 time & date (2nd choice)	月/M	日/D	時/time
※こちらから改めて面談日時をご連絡します。We will contact you after receiving your application. ※申込みをキャンセルされる場合は速やかに相談室に連絡して下さい。Let us know as soon as possible in case of cancellation.			
相談したいこと (内容を簡単に書いて下さい) Please explain briefly the nature of your problem(s).			
備考(remarks)			

(注意) 本人以外の相談申込みの場合は必ず備考欄に 氏名、連絡先及び本人との関係を記入してください。

Please write your name, address and phone number in the above box if you are not the person concerned.