No.

面接申し込み用紙

　学生相談室で取得した個人情報は、相談業務に必要な活動のために利用します。それ以外の目的には使用しません。

　また、学校法人東北医科薬科大学個人情報保護に関する基本的な方針（プライバシーポリシー）に沿って厳重に管理いたします。このことをご理解いただき、個人情報の取得に同意をいただけましたら、署名をお願いします。

東北医科薬科大学　学生相談室

署名：

申し込み日：　２０　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 |  | 所属 |
| （男・女） | 薬・生命・医 | 　年　 組　　 番 |
| 大学院 | 修士・博士　　年 |
| 担任（教室責任者）： |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 連絡先 | メールアドレス |
| 電話（携帯） |
| 電話（自宅） |
| 現住所 | 〒 |
| 帰省先住所 | 〒 |
| 話したいことがら | 学業・進路・休退学・課外活動・学生生活・住居・性格・対人関係・経済・家庭・健康・精神衛生・その他（　　　　　　　　　　　　）≪具体的内容≫ |
| 相談希望日時（場所） | 　　　　　年　　　月　　　日　　時間帯：　　　　　　～小松島・福室（○をつけて下さい） |
| 希望する相談員 | 男性・女性・どちらでも可（○をつけて下さい） |
| 時間変更等、学生相談室から連絡をする場合の手段 | メール・携帯電話・自宅電話（○をつけて下さい）※希望日時に面接ができないときのみ連絡します。何も連絡がなければ、希望した日時に学生相談室に来てください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄※学生記入不要 | 受付日 | 面接日 | 面接者 |
| 　　月　　 日（　　） | 　　月　　 日（　　） |  |
| 特記事項 | 学内他部署等への連絡 |
| 保健管理センター（小松島・福室）・担任・その他（　　　　　　　） |