

## ⑧ 相談申し込み用紙

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きましたら、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			学籍番号：
	(男・女)		
所属	学部	<input type="checkbox"/> 薬、 <input type="checkbox"/> 生命、 <input type="checkbox"/> 医 ( )年( )組( )番	
	院	<input type="checkbox"/> 薬科学専攻( <input type="checkbox"/> 前期、 <input type="checkbox"/> 後期)、 <input type="checkbox"/> 薬学専攻 ( )年	
担任・教室責任者			
生年月日	西暦( )年( )月( )日 [ 歳]		
連絡先	電話(携帯)		
	電話(自宅)		
現住所	〒		
帰省先住所	〒		
話したいことがら	<input type="checkbox"/> 学業 <input type="checkbox"/> 課外活動 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 進路 <input type="checkbox"/> 学生生活 <input type="checkbox"/> 対人関係 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 休退学 <input type="checkbox"/> 住居 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 精神衛生 <input type="checkbox"/> その他( )		
相談希望日時 (場所)	( )年( )月( )日 時間帯： ~ 【 <input type="checkbox"/> 小松島、 <input type="checkbox"/> 福室 】		
希望する相談員	<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性、 <input type="checkbox"/> どちらでも可		
時間変更等、 学生相談室から連絡 をする場合の手段	<input type="checkbox"/> メール、 <input type="checkbox"/> 携帯電話、 <input type="checkbox"/> 自宅電話 ※希望日時に面接ができないときのみ連絡します。 <u>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。</u>		

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( )