Confidential

学生相談申込シート

記入日：　　年　　月　　日

学籍番号：　　氏名：

※学生番号および氏名は、書ける場合にはお書きください。（必須ではありません）

予約日時等に関しての連絡先電話番号：

※健康管理センターよりご連絡いたします。

■相談内容区分

※□に✔を入れてください。複数回答可。

□履修・成績・研究　　□進路・就職
□休学・退学　　□性格・自己理解
□対人関係　　□こころの健康
□身体の健康　　□ハラスメント
□家族のこと　　□その他（　　）

■相談内容の概要

※相談したい内容について書けることがある場合やカウンセリング希望日時をご記入ください。

以上、ご記入有難うございました。

＜問合せ先＞　：080-9454-2281

森ノ宮医療大学
健康管理センター