

# 相談票

年 月 日

所属学部・大学院・専攻科 課程・学科・専攻・年次	
学籍番号	
フリガナ	
氏名	
住所 (連絡先)	〒
電話番号	
メールアドレス	(携帯) (P C)
保護者等の 連絡先	※本人と連絡が取れない場合の連絡先 (本人との関係 )
代筆者	(本人との関係 )
相談内容 (具体的に)	

## 個人情報の共有に係る承諾

支援及び合理的配慮の提供を受けるため、必要がある場合は、個人情報が関係者間で共有されることを承諾します。

署名 \_\_\_\_\_

・本相談票は、正当な理由なく第三者へ開示することはありません。