聖泉大学カウンセリングセンター　宛

㊙　相談申込票

下記のとおり、相談面接を申し込みます。

申込日	年　　月　　日（　　）
相談希望者	ふりがな 氏名　　（　　歳）
相談申込者	ふりがな 氏名　　（　　歳） 相談希望者との関係（　　） 住所　〒 電話番号　　－　　－　　（ 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ）
相談内容	（簡単で結構です）
面接希望日	（ご都合の悪い曜日・時間帯をお書きください）
連絡方法	電話　・　FAX カウンセリングセンターの名前を出してよいか　　可　・　不可 不可の場合（　　）
備考	

＊　お申し込みいただいてから、1 週間内にこちらからご連絡いたします。

聖泉大学カウンセリングセンター　　FAX　0749－47－8047