

星槎道都大学 通信教育科 御中

質問票

年 月 日

所 属 : 通信教育科 課程

学籍番号 : _____

氏 名 : _____

返信先	希望する返信先に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()
返信手段	<input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> 電子メール
返信先住所	〒 - 電話 () -
F A X	() -
電子メール	

科目名
質問題目
質問内容
回答
回答者
※大学記載欄
受付日 年 月 日 返信日 年 月 日