

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				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">受付日</td> <td style="width: 33%;">年 月 日</td> <td style="width: 33%;">返信日</td> <td style="width: 33%;">年 月 日</td> </tr> </table>	受付日	年 月 日	返信日	年 月 日
受付日	年 月 日	返信日	年 月 日	