|  |
| --- |
| **2020-2 학습상담클리닉 학습유형검사 및 1:1 상담 참여 신청서****※ 해당 신청서는 전문 상담 선생님에게 상담 실시 전에 전달되어 미리 학생에 대한 정보를 파악하기 위해 작성하는 것입니다. 성심성의껏 작성해주시기 바랍니다.** |
| **이 름**  |  | **성 별**  | 남( ) / 여( ) |
| **학 번** |  | **학 년** |  |
| **학 과** |  | **참여희망 프로그램** | □ U&I 학습유형검사 및 상담 |
| **핸드폰** |  | **E-mail** |  |
| **상담가능시간** | ★ 상담은 각 정시를 기준으로 50분씩 진행합니다. 참여가능한 일시를 적어주세요.1순위: 월 일 시, 2순위: 월 일 시. 3순위: 월 일 시

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **구분** | **월요일****13시, 14시, 15시, 16시** | **금요일****13시, 14시, 15시, 16시** |
| 1주차 | 9월 21일 | 9월 25일 |
| 2주차 | 9월 28일 | 추석연휴 |
| 3주차 | 10월 5일 | 한글날 |
| 4주차 | 10월 26일 | 10월 30일 |
| 5주차 | 11월 2일 | 11월 6일 |
| 6주차 | 11월 9일 | 11월 13일 |
| 7주차 | 11월 16일 | 11월 20일 |

 |
| **상담을** **신청하게 된 동기** |  |
| **전문가 선생님에게****상담받고 싶은 내용** |  |

※ 분량의 제한은 없으니 부족할 경우 다음 페이지로 넘겨 기술해 주세요.

※ 자세한 사항은 교수학습개발센터 홈페이지(ctlt.inha.ac.kr) 참조 / 신청서 제출 acc@inha.ac.kr

**본인은 위와 같이 학습상담클리닉 프로그램을 신청하며,**

**연구를 위한 상담실시 후 관련 만족도 설문조사에 응할 것을 동의합니다.**

**신청일 : 2020 년 월 일**

**신청자 : (인)**