

学生による学期半ばの授業アンケート

A

科目名		曜日 授業日・講時	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 月 日 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7	教員名	
学部・学科		学籍番号		氏名	

(学籍番号・氏名は差し支えなければご記入ください。)

1. 授業に関する感想を書いてください。

2. 授業に関わることで改善してほしいこと、希望することがあれば書いてください。
