

平成29(2017)年度 新潟市美術館 博物館実習 希望調査票

※記入日: 年 月 日

1 連絡先

ふりがな

生年月日

氏 名

年 月 日生(歳)

〒
現住所

電 話

* 日中連絡のとれる連絡先を記入

メール
アドレス

* PCで閲覧可能な連絡先を記入
(添付ファイルを送付する場合があります)

2 実習期間中の帰省・滞在先等

〒
住 所

電 話

メール
アドレス

* 1と異なる場合記入

3 所属先

大 学 名

学 部 ・ 課 程

学 科 ・ 専 攻

学 年 年

〒
所 在 地

電 話

実習担当部署名(担当者)

4 研究テーマ(卒業論文・修士論文あるいは卒業制作など)

タイトル

内容

5 学芸員資格取得の目的は何ですか。

6 あなたが目指す理想の学芸員像ならびに美術館像を教えてください。

7 これまでに見学して特に記憶に残っている美術館(あるいは展覧会)と、その理由を教えてください。

8 新潟市美術館を訪れたことはありますか(○をつけて回答してください)。

ない

ある (回程度 展覧会名:)

9 博物館実習に対して、何を期待しますか。