　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Date: (Date)/(Month)/(Year)

**GSGC Secondary Supervisor Request Form**

　GSGC Faculty Chairman

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　GSGC Course Student

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Department of

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Student ID:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Name (in Print):

　　　1st Choice

（Department, Name）：Department of /Name

2nd Choice

（Department, Name）：Department of /Name

3rd Choice

（Department, Name）：Department of /Name

※ Choose your potential Secondary Supervisor from the “**list of GSGC Secondary Supervisors**”

(Write down from your 1st choice to 3rd choice.)