# Antrag Semesterfeedback / Request for semester feedback

|  |  |
| --- | --- |
| Nummer und Titel der Lehrveranstaltung*Course title and number* |  |
| Name Antragsteller/in*Name of applicant* |  |
| Kurssprache*Language of instruction* |  |
| Gewünschter Termin für die Durchführung des Semesterfeedbacks*Preferred date for opening the semester feedback* |  |
| Warum möchten Sie ein Semesterfeedback durchführen?*Why would you like to have a semester feedback?*  |  |
| Gewünschte Fragen für das Semesterfeedback (max. 7)*Questions you would like to ask in the semester feedback (max. 7)* |  |