

合理的配慮申請書

該当箇所に入力（記入），または☑をして下さい

記入日：_____年_____月_____日

ふりがな			ジェンダー (任意)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> それ以外		学生番号			
名 前			生年月日			年		月	日
住 所	〒								
電話番号	自 宅				携 帯				
E-Mail	※原則大学のアドレスを使用					@			
学部・研究科	<input type="checkbox"/>	多文化社会学部	<input type="checkbox"/>	情報データ科学部	<input type="checkbox"/>	総合生産科学研究科			
	<input type="checkbox"/>	教育学部	<input type="checkbox"/>	工学部	<input type="checkbox"/>	工学研究科			
	<input type="checkbox"/>	経済学部	<input type="checkbox"/>	環境科学部	<input type="checkbox"/>	水産・環境科学総合研究科			
	<input type="checkbox"/>	医学部医学科	<input type="checkbox"/>	水産学部	<input type="checkbox"/>	医歯薬学総合研究科			
	<input type="checkbox"/>	医学部保健学科	<input type="checkbox"/>	多文化社会学研究科	<input type="checkbox"/>	熱帯医学・グローバルヘルス研究科			
	<input type="checkbox"/>	歯学部	<input type="checkbox"/>	教育学研究科	<input type="checkbox"/>	プラネタリーヘルス学環			
	<input type="checkbox"/>	薬学部	<input type="checkbox"/>	経済学研究科	<input type="checkbox"/>	その他			
保護者連絡先	名 前				本人との関係				
	電話番号			E-Mail					
	住 所	〒							
その他の緊急連絡先*	名 前				本人との関係				
	E-Mail					電話番号			

* 必要な場合にのみご記入ください。

《個人情報の第三者提供に関する同意について》

障がい学生支援室でお預かりしたあなたの個人情報を、修学支援を円滑に行うため下記関係者と共有することがありますが、あなたの同意を得ることなく共有することはありません。共有に同意できる関係者にチェックをして下さい。なお、個人情報をその他の目的に一切使用しません。

【学内関係者に関する同意】	する	しない	【学外関係者に関する同意】	する	しない
教育支援課（教養教育班）担当者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保護者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学務担当者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
修学に係る教職員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出身校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上記以外の情報共有（例：実習、インターンシップ、部活動、ボランティア）については、その都度確認し、決定します。

私はこの申請を行うにあたり、上記のとおり、関係者と個人情報を共有することに同意します。

年 月 日

署名 _____

障害の状況について該当箇所へ入力（記入），または☑をして下さい。

入試時の配慮	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
--------	---	--------------------------	---	--------------------------

障害の種別		該当	診断書 有り	障害者手帳 (ある場合のみ)		介助の 必要性
				種類	等級	
視覚障害	盲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	弱視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
聴覚・ 言語障害	ろう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
肢体不自由	上肢機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	下肢機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	上下肢機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	他の機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
病弱・虚弱	内部障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	他の慢性疾患（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
神経発達症 (発達障害)	限局性学習症（学習障害）（SLD）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	注意欠如・多動症（ADHD）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	自閉スペクトラム症（ASD） （アスペルガー症候群，高機能自閉症等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他発達障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
精神障害 ※診断名を ()にご記入 ください	統合失調症等（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	気分障害（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	神経症性障害等（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	摂食障害，睡眠障害等（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	他の精神障害（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
その他の障害	（ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

希望する配慮について具体的にご記入ください

その他に，伝えておきたいことがありましたらここにご記入ください

お手数ですが下記の質問にお答え下さい

今回，障がい学生支援室を利用しようと思われたきっかけを，下記のうちからお選び下さい

ホームページ 学部教職員 学生支援課 カウンセラー
 オリエンテーション 友人 その他（ ）