

アクセスサポーター登録申請書

記入日 年 月 日

●太枠のみ入力（記入）して下さい。

※障がい学生支援室記入

ふりがな				登録番号
名前				
学生番号				
学部 研究科			学年	
住所				
連絡先 電話番号				
E-Mail				
志望動機				
指導教員 (担任)	氏名		連絡先 電話番号	

●特に興味のある支援があればチェックを入れてください。

支援内容		支援希望
ノートテイク	音声情報をノート・パソコン等を使用して伝える。	<input type="checkbox"/>
手話通訳	手話を使用して音声情報を伝える。	<input type="checkbox"/>
代筆・朗読	視覚情報を音声で伝える。板書を説明する。	<input type="checkbox"/>
ポイントテイク・ページめくり	板書や講義の要点を書き取る。資料をめくる。	<input type="checkbox"/>
移動支援	移動に付き添う。	<input type="checkbox"/>
学習支援	学習課題の整理を手伝う。	<input type="checkbox"/>
その他 ※希望の支援方法をご記入ください		<input type="checkbox"/>

※支援活動については有償，無償（ボランティア）があります。

本申請書の注意事項

- 提出された書類に掲載されている情報は、障害のある学生の支援活動のために利用され、その他の目的には利用されません。