

合理的配慮 支援申込書

(申請日) 令和 年 月 日

フリガナ				出身学校 (高校または 大学(院))		受験予定 の入試	
氏名						受験会場	
志望学科・ キャンパス等	<input type="checkbox"/> 学 科 <input type="checkbox"/> 研究科		専攻	コース	キャン パス		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居住 形態 <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 自宅外
住所	〒 - (アパート・寮名や号室まで記入してください)						
	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡				
電話番号	固定	-	-	携帯	-	-	
メールアドレス	@						
連絡先 (保証人)	保証人の氏名					続柄	
	固定	-	-	携帯	-	-	
	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ (上記住所と異なる場合は、以下にご記入願います。)						
	〒 - (アパート・寮名や号室まで記入してください)						
	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡				

障がいの 内容	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 病弱・虚弱 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	障がい名 (病名)						
	※身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳または療育手帳の写しを添付してください。手帳をお持ちでない場合は、診断書を添付してください						
受診医療 機関等	<input type="checkbox"/> 現在、受診している			<input type="checkbox"/> 以前、受診していた			
	機関名				担当者		
	所在地	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 郡		☎	-
障害の内容、 配慮が必要な 事項	(具体的にご記入ください)						
希望する 配慮(支援)	<input type="checkbox"/> 受験上の配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 移動、施設・設備利用、支援機器・用具の利用に関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 情報伝達・コミュニケーションに関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 教材に関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 履修登録、学習支援等に関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 定期試験に関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 学内生活に関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 上記以外の配慮 (支援)						
どのような配慮(支援)を希望しているのかについて、具体的にご記入ください。							

大学記入欄		
受付担当者名 (印)	担当AA氏名	受付年月日
		令和 年 月 日