

## 合理的配慮 支援申込書

(申請日) 西暦 年 月 日

フリガナ			最終学歴					
氏名								
志望学科	<input type="checkbox"/> 学 科 <input type="checkbox"/> 研究科		専攻					
生年月日	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		
	電話番号 (固定)	-	-	携帯	-	-		
	(保証人住所:本人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"/> 区 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <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。また、診断書の添付をお願いすることがあります。								
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	電話番号		-	-	
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"/> 出願上の配慮 (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、学修支援等に関する配慮 (支援) <input type="checkbox"/> 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)	受付年月日
	西暦 年 月 日