合理的配慮申請書

記入日：　　年　　月　　日

愛知医科大学（　　学部・研究科）長　殿

本件について，以下のとおり申請します。

（フリガナ） **氏　　名**				**学部・研究科**	学部 研究科
学　　年	学年次	**学籍番号**	番	**入学年度**	年度
生年月日	年　　月　　日　（満　　歳）			**性　　別**	
現 住 所	〒				
メールアドレス					
電話番号	自　　宅：				
	携　　帯：				
緊急時の連絡先 **（保護者・保証人等）**	氏　　名：	続　　柄：　父　・　母　・　その他（　　）			
	住　　所：〒				
	電話番号：				
障がいの内容	視覚　　聴覚　　肢体　　発達　　精神　　その他				
	病名，診断名等：				
	主な症状：				
	補助機使用の有無	有　・　無　器具名（　　）			
現在かかっている **医療機関等**	機 関 名 ：				
	電話番号：				
修学上，困難な事項					
希望する配慮や **支援の内容**					
添付書類	□　学生証写し				
	□　根拠資料	□　診断書　　□障がい者手帳写し			
		□　その他（　　）			

※　個人情報の取り扱いについて

□　申請した内容を，講義・実習・演習のために教職員が共有します。

□　新たな実習・演習に取り組む際には，事前に自ら担当教員へ本件の内容を伝えます。

□　外部関係機関・団体等に対して，本学に在籍する障がい学生の統計資料として，学部・学年・障がいの種別等の内容を公表することがあります。ただし，個人を特定できる氏名等の内容を公表することは一切ありません。

□　本申請者が配慮・支援によって得た情報は，自身の就学の目的以外に利用しません。

以上の内容について，確認，同意の上，合理的配慮を申請します。　　本人署名

大学担当者記入欄	申請書受理日：　　年　　月	担当者：