

鶴見大学学長 殿

支 援 申 請 書

学部学科等	
学籍番号	
フリガナ	
氏 名	
本人住所	〒
電話番号	- -

下記のとおり、修学上の配慮・支援を希望します。

記

1. 該当する内容にチェックをつけてください。() 内は詳細を明記してください。

障がいの種類	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> その他 ()
障がい名・診断名	
申請の添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し 【取得日： 年 月 日】
受験上の配慮の有無	<input type="checkbox"/> 配慮を受けた <input type="checkbox"/> 配慮無し
具体的な症状 (障がいの特性)	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 (病院名： 頻度：) <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他 ()
修学上の配慮・支援を 希望する理由	
修学上の配慮・支援を 希望する事項	
試験等における配慮・ 支援を希望する事項	
出身校における配慮	

2. 情報共有について

配慮・支援に必要な情報 (氏名、障がいの内容等) を、関係する 鶴見大学の教職員・部局に周知・共有することを了承します。	(本人署名)
---	--------

※すでに支援申請書を提出済みで、新たに試験等における配慮を希望する場合は、「1」は「試験等における配慮・支援を希望する事項」及び「出身校における配慮」についてのみ記入してください。

	係	係
受付		