

合理的配慮申請書

本申請書は、障がい等のある学生が修学上の合理的配慮を希望する際に、根拠資料(診断書・検査所見・障害者手帳・その他、障がいの状況を示す資料等)を添えて、障がい支援室に提出するものです。

また、その目的に必要な場合に限り、本学教職員間で障がいに関する情報の共有がなされることに同意します。

記入日： 年 月 日

神戸常盤大学 () 学部長 学科長 殿

ふりがな			学部	学科	学籍番号
氏名					
生年月日	年 月 日	入学年度	年度	性別	
現住所	〒				
メールアドレス	PC : 携帯 :	電話番号	自宅 : 携帯 :		
緊急時の連絡先 (保護者・保証人等)	住所 : 〒 電話 :				

障がいの内容	<input type="checkbox"/> 視覚(例: 盲・弱視) <input type="checkbox"/> 聴覚(例: 聾・難聴・言語障害) <input type="checkbox"/> 肢体(例: 上肢機能障害・下肢機能障害) <input type="checkbox"/> 病弱・虚弱(例: 内部障がい・慢性疾患) <input type="checkbox"/> 発達障がい(例: 限局性学習障害(SLD)・注意欠陥多動性障害(ADHD)・自閉症スペクトラム障害(ASD)) <input type="checkbox"/> 精神障がい(例: 統合失調症・気分障がい・神経症性障害・摂食障害・睡眠障害等) <input type="checkbox"/> その他				
	障害(病)、診断名 :				
診断書 ※	有・無	その他、検査所見や障がいの状況を示す資料(検査結果・過去高校時の支援計画書・受験時の配慮等)	有・無	※ いずれかを本申請書に添付して提出してください。	
障害者手帳 ※	有・無	身体・精神・療育・その他()		級 種	
現在掛かっている外部機関 (病院、支援機関等)	機関名 : 担当者 :		電話番号 :		
修学上 困難を伴う事項 (これまでに受けたサポートを含め)					
希望する 支援や配慮	注) 以上は申請時の状態とニーズを確認するものであり、本申請書の記載内容のみで合理的配慮の内容が決定されるわけではありません。				

添付書類	<input type="checkbox"/> 根拠資料 (<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳写し <input type="checkbox"/> その他:)
------	---

◆個人情報の取り扱いについて

- 本申請書に記載された個人情報は、修学支援の目的のため、障がい学生支援部門・学部・学科に共有されます。その他関連部局等との連携により合理的配慮を実施するにあたり、障がい生支援部門以外への情報共有の必要がある場合、その共有範囲については、本申請者と協議して決めるものとします。
- 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・障がいの種別等の在籍数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。

◆留意事項

- 所属学部・研究科障がい学生支援部門において年度ごとに本申請者との面談の機会を持ち、申請内容について相互に確認し合意形成を行います。
- 本申請者が配慮・支援によって得た情報は、自身の修学の目的以外に利用しないものとします。

以上の内容について、確認、同意のうえ、合理的配慮を申請します。

本人署名 _____

学部等 記入欄		障がい学生支援部門 記入欄		
学部長・学科長	支援責任者(担任・チューター等教員)	備考	担当者	申請書受取日
				年 月 日