

申請日：令和 年 月 日

学生支援センター長 殿

修学支援申請書

フリガナ		学籍	
氏名		番号	(平成 年 月入学)
所属	学域 学部 研究科 類 学科 課程 専攻		
①病名 障害名	(初診： 年 月 才時)	(手帳既取得者のみ記入)	
		種 級	写し <input type="checkbox"/>
② ①より生じる 困難や苦手さ			
③ ②解消のため 必要な調整 支援			
添付書類	①～③を客観的に示す書類(医師による情報提供書など)の添付 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> (理由・代替書類の内容など： )		
<p>私は、本学における修学が妨げられることのないよう、合理的配慮の提供を要望 します。その目的に必要な場合に限り、本学教職員間で障害に関する情報の共有が なされることに同意します。</p> <p>署 名： _____ 印 (自署または押印)</p>			