

大分県立看護科学大学 合理的配慮 申請書 決定通知書

(様式1)

該当箇所に入力（記入）または☑をしてください

記入日：令和____年____月____日

名前		性別 (任意)		学籍番号	
		生年月日	昭和 平成 令和	年	月
住所	(〒 -)				
電話番号	自宅		携帯		
E-Mail	※原則大学のアドレスを使用				
保護者 連絡先	名前		本人との関係		
	電話番号		E-Mail		
	住所	(〒 -)			
その他 の緊急* 連絡先*	名前		本人との関係		
	電話番号		E-Mail		

*必要な場合にのみご記入ください。

《個人情報の第三者提供に関する同意について》

申請時にお預かりしたあなたの個人情報を修学支援を円滑に行うため、下記関係者と共有することがありますが、あなたの同意を得ることなく共有することはありません。共有に同意できる関係者にチェックをしてください。なお、個人情報をその他の目的では一切使用しません。

【学内関係者に関する同意】	する	しない	【学外関係者に関する同意】	する	しない
教務学生グループ担当者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保護者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学生生活支援委員会委員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
学長・(学部長・研究科長)・事務局長	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出身高校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上記以外の情報共有（例：講義担当、実習、インターンシップ、サークル活動 等）については、その都度確認し、決定します。

私はこの申請を行うにあたり、上記のとおり関係者と個人情報を共有することに同意します。

令和____年____月____日

署名

入試時に配慮を受けましたか。

入試時の配慮	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
--------	---	--------------------------	---	--------------------------

障がいの状況について該当箇所へ☑を入れるか記入してください。

障がいの種別		該当	診断書あり	障害者手帳 (ある場合のみ)		介助の 必要性
				種類	等級	
視覚障がい	盲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	弱視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他の視覚障がい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
聴覚障がい	聾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他の聴覚障がい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
肢体不自由	上肢不自由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	下肢不自由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	上下肢不自由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他の肢体不自由	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
病弱	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
発達障がい	自閉スペクトラム症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	注意欠如・多動症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	限局性学習症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他の発達障がい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
精神障がい ※診断名を ()に記入	統合失調症等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	気分障がい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	神経症性障がい等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	摂食障がい・睡眠障がい等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他の精神障がい ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
知的障がい		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
その他の障がい	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

希望する配慮について具体的にご記入ください。

--

その他、伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

--

合理的配慮決定内容 (大学側で記入します)

--