

ノースアジア大学・秋田栄養短期大学 合理的配慮申請書

該当箇所に入力（記入）、または☑をして下さい

記入日：_____年_____月_____日

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> それ以外			学籍番号					
名前				生年月日				年		月	日		
住所	〒												
電話番号	自宅				携帯								
E-Mail	※原則大学のアドレスを使用							@					
所属学科	<input type="checkbox"/>	経済学科			<input type="checkbox"/>	法律学科			<input type="checkbox"/>	国際学科			
	<input type="checkbox"/>	栄養学科			<input type="checkbox"/>	—			<input type="checkbox"/>	—			
保証人 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							
	E-Mail							電話番号					

* 必要な場合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》

大学内で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下さい。なお、個人情報をその他の目的に一切使用しません。

【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	
	☑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			☑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
所属学科教員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	父母・連帯保証人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
所属以外の教員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
修学に関係する教職員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出身校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上記以外の情報共有（例：実習、インターンシップ、部活動、ボランティア）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。

年 月 日

署名 _____

障害の状況について該当箇所へ入力（記入）、または☑をして下さい。

選抜時の配慮	有	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>
--------	---	--------------------------	---	--------------------------

障害の種別		該当	診断書 有り	障害者手帳 (ある場合のみ)		介助の 必要性
				種類	等級	
視覚障害	盲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	弱視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
聴覚・ 言語障害	ろう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
肢体不自由	上肢機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	下肢機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	上下肢機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	他の機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
病弱・虚弱	内部障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	他の慢性疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
神経発達症 (発達障害)	限局性学習症(学習障害)(SLD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	注意欠如・多動症(ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	自閉スペクトラム症(ASD) (アスペルガー症候群、高機能自閉症等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	その他発達障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
精神障害 ※診断名を ()にご記入 ください	統合失調症等 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	気分障害 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	神経症性障害等 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	摂食障害、睡眠障害等 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	他の精神障害 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
その他の障害	()	<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

その他に、伝えておきたいことがありましたらご記入ください

お手数ですが下記の質問にお答え下さい

今回、申請をしようと思われたきっかけを、下記のうちからお選び下さい

- 教員との相談
 教務課との相談
 学生相談室との相談
 親との相談
 友人との相談
 その他 ()

今回、申請をしようと思われたきっかけを、下記のうちからお選び下さい

教員との相談
 教務課との相談
 学生相談室との相談
 親との相談
 友人との相談
 その他 ()