

合理的配慮申請書

申請日： 年 月 日

学校法人衛生学園

神奈川衛生学園専門学校 学校長殿

学籍番号 (受験番号)			学科： <input type="checkbox"/> 東洋医療総合学科 <input type="checkbox"/> 看護学科
フリガナ 氏名			
住所	〒		
電話番号	携帯電話(または固定電話)		
メール アドレス	携帯： PC：		
緊急 連絡先	フリガナ 氏名		本人との関係：
	電話番号	携帯：	固定：
障害等 の概要	障害の 種類	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 病弱・虚弱 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他()	
	障害名 または 診断名		
	根拠資料	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳写し <input type="checkbox"/> 診断書/意見書写し <input type="checkbox"/> 心理検査結果写し <input type="checkbox"/> その他()	
	修学上 困難を 伴う内容		
希望する 配慮内容			

(申請時の注意事項)

- ・本申請書は、希望する配慮の提供を約束するものではありません。また、これまで受けたことのある支援内容が、必ずしも本校にて提供可能な配慮として認められるわけではありません。
- ・本申請書は、合理的配慮支援の目的に限り使用し、個人情報とは正当な理由なく第三者への開示、譲渡及び貸与することはありません。ただし、必要に応じて情報の一部または全部を支援者間で共有する場合があります。