修学支援申請書

年　　月　　日

東京歯科大学短期大学学長　殿

＜申請者情報＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | |
| 氏　　名 |  | 西暦　　　年　　　月　　日生（満　　歳） | |
| 学籍番号 |  | 学年・学生番号 |  |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | 携帯 |  |
| 緊急連絡先  （保護者） | 氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　携帯 | | |

＜障がいの種別等＞　　　※障害者手帳がある場合は写し、その他根拠資料がある場合は添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名等 |  | 診断書 | 障害者手帳 |
| 有・無・申請中 | 有(　種　　級)・無・申請中 |
| 具体的な症状  障がいによって生じる修学上の困難  これまでの教育機関（小学校、中学校、高等学校）や大学入試センター（大学入学共通テスト）などで、受けてきた支援・配慮の内容等があれば記入して下さい。 | | | |

＜希望する支援・配慮内容＞

|  |
| --- |
| □　授業に関する配慮　　□　設備に関する配慮　　□　学生生活に関する配慮　　□　その他  上記項目にチェックを入れ、詳細を記入してください。 |

裏面へ

【個人情報の取扱いについて】

お預かりする障害者手帳（写し）や根拠資料（根拠資料とは、診断書・その他症状や・事情がわかる資料などを指します。）、申請情報について、修学支援を円滑に行うため、必要に応じて関係者間で共有します。なお、この目的以外には一切使用いたしません。

【確認事項】

* 支援の対象とする障がいのある学生とは、次のように定義しています。

「身体障がい、知的障がい、精神障がい（発達障がいを含む）、その他の心身の機能障がいがあり、障がいや社会的障壁により継続的に、日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にある者で、修学に際して当該者本人が支援、配慮を受けることを希望する者」

* 本支援申請書や障害者手帳・根拠資料の提出があっても、合理的な基準に照らしあわせ希望する支援・配慮の提供が難しい場合があります。その際は、代替案について、話し合って検討・提案いたします。

|  |
| --- |
| この度、本支援申請書の記載内容により、支援、配慮を希望いたします。【個人情報の取扱いについて】及び【確認事項】を理解しましたので、本人および保護者連名で同意の上、申請いたします。  申請日　　　　　　　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　本　人（自署）  　　　　　　　　　　　　保護者（自署） |

受付日　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　担当者