

修学のための支援相談書

新規 更新

※該当するほうにチェックをお願いします。

学籍番号	*****		申請日	年	月	日	
相談者 (学生本人)	フリガナ	コウベ タロウ	所属 (学部・研究科/ コース)	〇〇学部△△科			
	氏名	神戸 太郎	生年月日	西暦 2000 年 〇 月 △ 日			
	住所	〒657-0000 兵庫県 神戸市 灘区 鶴甲1-2-1		メールアドレス:kobeichiro***@gmail.com 電話番号 (078) 000 - 1234 携帯電話 (090) 000 - 1234			
緊急連絡先	フリガナ	コウベ イチロウ	相談者との続柄	父			
	氏名	神戸 一郎					
	住所	〒 同上		電話番号 (078) 111 - 1234 携帯電話 (090) 111 - 1234			
障害の種類 (該当欄に○ を付けて ください。)	区分	障害の程度				該当欄	
	①視覚障害	・点字による教育を受けている者					
		・良い方の眼の矯正視力が0.15以下の者					
		・両眼による視野について視能率による損失率が90%以上の者					
		・上記以外の視覚障害を持っている者					
	②聴覚障害	・両耳の平均聴力レベルが60dB以上の者					
		・上記以外の聴覚障害を持っている者					
	③肢体不自由	・体幹の機能障害により座位を保つことができない者又は困難な者					
・上肢の機能障害により筆記をすることができない者又は困難な者							
・下肢の機能障害により歩行をすることができない者又は困難な者					○		
④病弱	・慢性の呼吸器疾患、心臓疾患、腎臓疾患等の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度の者又はこれに準ずる者						
⑤発達障害	・自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害のため配慮を必要とする者						
⑥精神障害	・統合失調症、不安障害(パニック障害、強迫性障害など)、気分障害(大うつ病、双極性障害など)のため配慮を必要とする者						
⑦その他	・その他の病気による体調不良等で配慮を必要とする者						
支援問合せ先	(よろしければ、これまで受けた支援についての問い合わせ先をお書きください) 施設名:〇〇〇クリニック 役職:院長 お名前: 〇〇 〇〇 住所:神戸市〇〇町〇〇 1-2-3 電話番号:078(△△△)■●●■						

障害者手帳をお持ちの方は以下にご記入ください

障害の名称	種	級
-------	---	---

個人情報の管理を厳密に行い、情報の開示、提供が必要な場合は、申請者の同意を得るものとします。

※入学試験時に受験時の配慮の届けを出した者は、オモテ面は名前と学籍番号のみ記入し、届けのコピーを添付することで代用できる。

学籍番号	*****
支援が必要な理由	下肢に力が入らず、自力での歩行が困難であるため、学内の移動に車いす等が必要です。 教室間の移動に時間を要します。学内の施設に関して、車いすで移動できる広さを確保していただきたいです。 (記入例:学内の移動に車椅子を使っています。〇〇教室に段差があるため、車椅子での移動が困難である。)
修学上の配慮希望	
1	教室での座席を車いすのまま受けられるようにしてほしい。
2	車での通学を許可してほしい。また、駐車場を近くにしてほしい。
3	授業間の移動を極力少なくしてほしい。
4	
5	
6	

(添付書類1)診断書(写)または身体障害者手帳(写)、その他参考資料等
(添付書類2)大学入試センターから「受験上の配慮事項審査結果通知書」の交付を受けた方は、その写(コピー)

※部局配慮可能事項記入欄(別紙添付も可)	

● 配慮・支援に必要な個人情報(氏名や障害の内容等)については、法令及び神戸大学の規則に基づく厳重な管理の下で、必要最小限の範囲の関係者に伝達されることを了承します。

自署 神戸 太郎

※原本保管は、所属部局。複写したものをキャンパスライフ支援センターへ。

部局確認欄	
研究科長	担当