**事前相談書**

身体等に障害がある学生で、社会的障壁を除去することを希望する場合は、この用紙に必要事項を記入し、相談窓口あるいは授業担当教員等に提出してください。

　　年　　月　　日提出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 西暦　　　　年　 　月　 　日生 |
| 所属部局等 | (学部等)　　　　　　　　　　　　　(学科等)  (学籍番号) | |
| 住　所 （連絡先） | 〒  電話（　　　　）　　　　－　　　　　　　E-Mail: | |
| 障害の種類 | 視覚・聴覚・肢体・内部障害・発達障害・その他(　　　　　　　　　　　　　　　)  （診断書、証明書等を添付してください。) | |
| 申請理由  (心身の状態、  今後の見通し、発症時期等） |  | |
| 措置等の希望  内容  （実習、集中授業についても記載のこと） | 1.学修する上での措置等希望内容 | |
| 措置等が必要な事項等  ※該当年度内の  履修計画等を基に記載してください(別途、履修計画書を提出すること）。 |  | |
| 措置等の希望  内容 | 2.学修以外での措置等希望内容 | |

注）希望措置等を踏まえ代替授業等を行った場合には、資格・免許などの取得ができない場合があります。目指している資格・免許などありましたら記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 取得希望の  資格・免許等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他  (その他の要望、参考事項等ありましたら記載してください。） |  |

私は、本事前相談書に記載した情報及び相談の過程で知り得た私に関わる情報の一部又は全部について、支援するために必要な関係者間で共有することに同意します。

年　　月　　日　　　署名

―――――――――――――　以下、大学記入欄　――――――――――――――――

|  |
| --- |
|  |

※必要があれば、保健管理センターの医師・学校医等の所見等を記入する。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総括監督責任者 | 監督責任者 | 監　督　者 | 受　付　者　等 |
|  |  |  |  |
|

注）事前相談を受けた者は、記述内容に不備がないかご確認ください。