**事前相談書（一般用）**

身体等に障害がある方で、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てください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日提出

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 所属機関名等 | (機関名)　　　　　　　　　　　　　(部署等)  |
| 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(　　　　　　　　　　　　)(障害者手帳等の交付を受けている場合は(写）を添付してください。) |
| 申請理由 |  |
| 措置等の希望内容 | ○本学施設の利用・イベント等に参加する上での措置等希望内容 |
| 現況※現在、貴方が受けている合理的配慮の内容等を基に記載してください |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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1）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。