

受付日： 年 月 日

健康管理センター所長 様

配 慮 要 望 書

自身の状況につき、下記のとおり申出をいたします。

学科（専攻）		年	学籍番号	
ふりがな	生年月日（西暦）			
氏名	年 月 日生（ 歳）			
指導教員	先生	出身高校		
連絡先	携帯電話番号	自宅電話番号		
E-Mail				
現住所	〒			
緊急連絡先	保護者氏名	携帯電話番号		
帰省先	〒			
障がいの カテゴリー	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 肢体 ☐ 病弱・虚弱 ☐ 発達 ☐ 精神 ☐ その他			
障がいについて	診断名			
根拠資料	☐ 障がい者手帳の写し ☐ 診断書の写し ☐ その他			
困りごと	申請する期間			
	☐ 前期授業 ☐ 前期試験 ☐ 後期授業 ☐ 後期試験			
	困りごとの内容			
	☐ 授業 ☐ 試験 ☐ 施設・設備 ☐ 健康状態 ☐ その他			
困りごと	具体的な困りごと			
	【修学上で困っている事】			
	【修学以外の面で困っている事、その他支援が必要な事】			
【その他】現在、具体的な困り感がない場合に記入（教職員への情報共有の希望など）				

【修学上の配慮実施にあたっての確認事項】

- 配慮の具体的な実施方法は、本人（保護者）、学科、特別支援室で話し合い、最終的には授業担当者が実施の可否について判断します。

☐ 了解しました

- 実施不可能または要検討となった場合、特別支援室による調整を希望しますか？

☐ 希望する

☐ 希望しない（調整を希望しない場合、各自で教員へ連絡を取って調整してください）

- 配慮実施にあたって、他学生へ情報開示について

☐ 他学生に情報開示してほしくない

☐ 他学生に情報開示してもかまわない

- 配慮実施にあたって、必要時のTA（ティーチング アシスタント）への情報共有

☐ 希望する

☐ 希望しない

- 支援を調整するにあたり、様式1-1、様式1-2の情報を支援関係者（学科教員・授業担当教員・教務課及び学生課職員など関係する教職員）と必要に応じて共有します。

☐ 情報共有してもかまわない

☐ 情報共有に関して留意事項がある（ ）

- 上記連絡先への授業担当教員からの連絡

☐ 可 （☐メール ☐電話）

☐ 不可

- なお、配慮を継続して希望する場合、原則として半期に一度の更新が必要です。

☐ 了解しました

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 【 _____ 】

東北文化学園大学 健康管理センター（特別支援室）
担当者：