

(様式1)

障害等を理由とする修学支援申請及び情報提供に関する取扱い同意書

年 月 日

名古屋市立大学長 殿

学 籍 番 号 :

学 部 ・ 研 究 科 :

学 科 ・ 課 程 ・ 専 攻 等 :

学 年 :

ふ り が な  
氏 名 :

修学に関する個別支援を実施していただきたいので、関連情報を添えて申請します。

支援を実施するにあたり、公立大学法人名古屋市立大学情報あんしん条例施行規程に基づき、個人情報  
を関係者(教職員、同じ科目を履修している・同じゼミの学生等、本申請書に記載の関係者)で、共有すること  
を承諾します。

また、希望する支援については、対応できない場合があることを承諾します。

申請者	〒( ) - ( ) □実家 □一人暮らし □その他( )
	生年月日: 年 月 日 年齢: 歳
	電話: ( ) - ( ) 携帯電話: ( ) - ( ) E-mail:
指導教員	
緊急連絡先 (保護者)	本人との関係: 電話番号: ( ) - ( ) E-mail:

<本人情報>

●障害者手帳・診断等

障害種別	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱・虚弱 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他( )
障害(診断)名	
障害等に関する情報 (補足)	

●提出書類 ※下記書類があれば、本申請書に添えて提出してください

<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 :   級   種 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉保健手帳:   級   種 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛護手帳) :   級   種
<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> あり (病院名: ) <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> その他	( )	

