

長岡赤十字看護専門学校長 様

在学中の配慮申請書

以下のとおり、在学中における支援の提供を申請します。

1. 申請者

回生 / 出席番号	回生	番	氏名	
-----------	----	---	----	--

2. 看護を学ぶ上で困難を抱える状況

障がい名 (病名等)			
障がいの種別	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <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 ()		
添付書類	診断書の写し: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他: <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
障がいや 疾病による 現在の状況	主な症状		
	苦手なこと		
	できないこと		

3. 支援(配慮)の希望内容 (具体的な内容を記載してください)

支援(配慮)を希望する場面	<input type="checkbox"/> 講義 <input type="checkbox"/> 演習 <input type="checkbox"/> 実習 <input type="checkbox"/> 試験 <input type="checkbox"/> その他
支援(配慮)を希望する具体的な内容	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり ※記入欄が不足した場合は、別紙(A4 用紙)に記載し、添付してください。 <input type="checkbox"/> 以下のとおり。

※本申請により取得した個人情報は、在学中の支援の目的にて使用し、正当な理由または本人の同意なく学外期間等の第三者に開示することはありません。

本申請書に記載した情報及び相談の過程で知り得た私の情報について、支援(配慮)の検討及び実施のために教職員間で共有することに同意します。

学生署名 _____ 印

自署 代筆 (代筆者続柄:)