

(あて先)

組合立静岡県中部看護専門学校

合理的配慮 申請書

◆該当箇所に記入またはレ点をつけて下さい。

申請書: 年 月 日

ふりがな				入学年度		年度
氏名				学籍番号		
学科		年次	<input type="checkbox"/> 入学前 <input type="checkbox"/> 1年次 <input type="checkbox"/> 2年次 <input type="checkbox"/> 3年次			
現住所	〒					
連絡先	自宅 電話			携帯 電話		
	E-mail					
緊急連絡先 (保護者・保証人等)	住所	〒				
	氏名	(続柄:)				
	電話 番号					
主たる 障がい等の種別	<input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障がい		<input type="checkbox"/> 聴覚・言語障がい	
	<input type="checkbox"/> 内部障がい(病弱)		<input type="checkbox"/> 発達障がい		<input type="checkbox"/> 精神障がい	
	<input type="checkbox"/> その他					
補足事項						
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書(写)		<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> そのための資料(写)	

裏面へ⇒

合理的配慮 申請書

試験・修学上困難を伴う内容
入学前(高校等)に配慮や支援を受けていた内容
希望する支援や配慮

※記載されている配慮項目は支援可能な項目という意味ではありません。ご注意ください。

承認確認	主治医 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 主治医がいる場合、主治医と連携することを承諾する。 医療機関名 主治医
同意書	配慮・支援に必要な情報(氏名や障害の内容等)について、必要に応じて支援者間で共有することを了解します。 <input type="checkbox"/> 学内教員 <input type="checkbox"/> 外部講師 <input type="checkbox"/> 実習施設 <div style="text-align: right;">署名 : _____</div>

※必要事項はすべて記入して下さい。申請後、副校長・教育係長等が本人に聞き取り調査します。

※申請者と本校とが建設的対話を通して配慮内容を検討しますが、申請内容がすべて認められるものではありません。

※原則学内における合理的配慮となります。学外実習では、学内で利用できたサポートが受けられない可能性があります。

※本申請書は、合理的配慮支援の目的に限り使用し、個人情報等を正当な理由なく第三者への開示、譲渡及び貸与することはありません。ただし、必要に応じて情報の一部または全部を支援者間で共有する場合があります。

※必要によっては、主治医と連携します。