

年 月 日

オリーブデスク室長殿

修学支援申込書

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| 学籍番号 | 119P000 | ふりがな 氏名 | せいがくいん たろう 聖学院 太郎 |
| 住所 | 〒 362 - 8585 埼玉県 上尾市 戸崎 1-1 | | |
| 電話番号 | 078-725-XXXX | 携帯電話 | 090-8891-XXXX |
| メールアドレス | O×△O×△O×△@.....ne.jp ※日常的に利用しているアドレスを記入 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 聖学院 花子 (続柄) 母 連絡先 090-5485-XXXX | | |
| 障害、疾病について | 障害者手帳などの有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 <input checked="" type="radio"/> 身体(2 級) ・ 精神(級) ・ その他() | |
| | 疾病名 | 両耳全ろう | |
| | 現在の状況 | ○両耳ともに聴力がない状況。 ○先天性の病気であり、発語も難しいため音声によるコミュニケーションは極めて困難。 | |
| 修学上困難となること | ○授業中の音声による情報の取得が難しい。 →講義形式だと授業内容がわからない。 ○グループでの話し合いの場に入ることができない。 ○声をかけられただけだと反応できない。 | | |
| 必要な支援内容 (今まで受けてきた配慮を含む) | ○授業でノートテイクの配置をお願いしたい。 ○自分の状態を、授業の先生に知っておいてもらいたい。 ○連絡等があれば、メールにて対応してもらいたい。 | | |
| 学研災付帯賠償責任保険への加入 | | <input checked="" type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
| ※支援機器の貸出を希望する学生は、必ず加入して下さい。別途ご案内いたします。 | | | |

上記のように、支援を申請いたします。

本人署名 聖学院 太郎 ㊞

※個人情報、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。