申請日：西暦　　年　　月　　日

麗澤大学 修学サポート相談室

合理的配慮申請書

下記の通り、修学に関する支援を申請いたします。

学籍番号 （入学前は受験番号）		入学年度	年度
所　属	学部　　学科　　専攻	学年	年
フリガナ 氏　名		他に相談したことのある部署・人	
電話番号		担当教員	
（入学前の場合） メールアドレス	@		
緊急連絡先	氏名：　　続柄：　　連絡先：		
相談できる人や頼れる人			
配慮申請や面談内容について知られたくない人	□ 保証人（　　）　□ その他（　　） ※合理的配慮を円滑に進めるため、原則必要情報が教職員へ共有されることに同意します。		

障害名または診断名	
	かかりつけ病院（科・主治医）： 通院頻度と曜日・時間：　　次回予約日：
	【添付書類】 □ 障害者手帳　□ 診断書/意見書　□ カウンセラー意見書　□ 心理検査　□ その他（　　） 未提出の場合（提出予定書類：　　提出予定時期：　　）
＜症状・特性＞	＜困っていること＞
高校等で受けていた支援	
希望する配慮内容 （別紙「合理的配慮を希望されるみなさんへ」の配慮例をご参照ください）	

受付職員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 学生へコピー渡し済　□ スキャン保存済