

申込日：平成 年 月 日

相談申込書

| | | | |
|------|--------------|----------|---------------|
| フリガナ | | 学籍 番号 | |
| 氏名 | | | (平成 年 月入学) |
| 所属 | 学域 学部 研究科 | | 類 学科 課程 専攻 |
| 住所 | | | |
| 連絡先 | TEL | メールアドレス | |

[緊急連絡先]

| | | | | |
|-------|--|----|-----|---------|
| フリガナ | | 続柄 | | TEL |
| 家族等氏名 | | | 連絡先 | メールアドレス |
| 家族等住所 | | | | |

| | |
|---------|--|
| 困っていること | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------------|-----------------|
| 医療や相談機関の利用 | ない / ある (機関名：) |
|------------|-----------------|

障害学生支援室長 殿

申込書の内容について、支援のために必要な場合に限り、関係する学内の教職員と情報共有が行われることに同意します。

申請者氏名： _____ (自署)