合理的配慮（支援）申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

長崎市医師会看護専門学校　学校長　殿

私は、下記の通り、修学に関する配慮の提供を希望します。

ふりがな				学籍番号
氏名				
入学年度	年度	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
現住所	〒			
連絡先	メールアドレス			
	電話番号	携帯		
		自宅		

障害等の種別	□視覚　□聴覚　□肢体　□病弱・虚弱　□発達特性　□精神 □その他（　　）			
	障害・傷病名		診断の有無	□有・□無
診断書	□有・□無	障害者手帳	□身体　□精神　□療育　□他（　　）	

①受療中の医療機関 ※ない場合は空欄で可	機関名称	担当科および担当者（医師）名
	電話番号	確認・情報連携の為に学校から連絡すること □可　・　□不可
②支援機関 （行政を含む） ※ない場合は空欄で可	機関名称	担当部署（課）および担当者名
	電話番号	確認・情報連携の為に学校から連絡すること □可　・　□不可

修学上の困難な事柄	
希望する支援・配慮	※希望を確認した上で、学校として提供可能な支援・配慮を検討します。

～　次ページ（裏面）に続く　～

確認事項 □に☑ ※いずれの項目についても、☑を付けることを強制するものではありません。 内容をご理解いただいた上で、同意できる事項にのみ☑を付けてください。	□ 本申請に関する面談に参加します。 □ 本申請書やその他の書類の提出は、希望する合理的配慮の提供を約束するものではないことに同意します。 □ 配慮・支援に関する情報（学生の氏名・疾患・障害等の内容など）を関係教職員で共有することに同意します。 □ 配慮・支援に関する実施内容決定後において、配慮・支援の内容・方法等に関する情報を関係教職員で共有することに同意します。 □ 配慮・支援に関する合意形成後において、配慮・支援の内容・方法等に関する情報を他の学生に共有することに同意します。
申請者署名 （自筆）	
添付書類	□ 診断書　　□障害者手帳 □ その他 （　　） ※添付書類は申請書に添付し、クリップで綴じた上で提出してください。

以下は、学校記入欄です。申請者が記入する必要はありません。

申請書受取　年月日	令和　　年　　月　　日
受取者名	