

様式 1

## 障がい学生支援申出書

届出日 令和 年 月 日

学生部長 様

学科・専攻科 \_\_\_\_\_ 学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、「倉敷市立短期大学における障がいを理由とする差別を解消するための教職員対応要領」に基づく支援を申し出ますので、よろしくお願いたします。また、私は障がい等にかかる支援・配慮の提供を希望するため、各申請書に記載した情報および、相談の過程で相談窓口担当者が知り得た私に関わる情報について、必要に応じて情報の一部または全部を支援者間で開示することに同意します。

### 記

#### 1. 障がい名

- ※1 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、手帳の写しを添付してください。
- ※2 手帳をお持ちでない方は、診断書の写しを添付してください。
- ※3 ※1※2をお持ちでない方は、特別支援教育の対象者であった実績などを証明する写しを添付してください。

#### 2. 申し出の理由

【障がいの状況・現在受けている介助なども含めてお書きください。別紙添付も可です。】

#### 3. 「障がい学生支援要望書」添付の有無（該当する□にチェックしてください。）

- あり [施設・設備関係（様式2） 授業関係（様式3） 人的支援、授業を除く学生生活等（様式4）]
- なし

※本件に関するお問い合わせは学生部まで