様式２　修学支援申請書

令和　　年　　月　　日

島根県立大学・島根県立大学短期大学部　学長　様

学生番号

学部

学科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

氏　名

　修学に関する個別支援を講じていただきたいので、関連情報を添えて申請します。

　なお、併せて支援を講じるにあたり、この情報などをもとに「修学支援計画」を作成すること、及び配慮・支援決定後に必要な情報（氏名・障がいの内容等）を関係する教職員・部署に周知・共有することを承諾します。

１本人情報・緊急連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 住民票住所・現住所 | □現住所と同じ□別地（　　　　　都・道・府・県　　　　　　市・町・村） |
| 〒（　　　　－　　） |
| 緊急連絡方法（電話・メールアドレス等） |  |

２保護者の緊急連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡方法 |  |

３　担当指導教員情報

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属学部・学科 |  |

＜本人情報＞

〇障害者手帳・診断等

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者手帳 | □あり　　□なし　　　□取得中　　　□取得予定 |
| 手帳番号 | 　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　　号 |
| 障がい種別 | □聴覚障がい　　□視覚障がい　　□肢体不自由　　　□病弱□精神障がい　　□発達障がい　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 医師による障がいの診断 | □あり　　（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　（病院所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし |
| 障がいに関する特記事項 |  |

〇かかりつけ医療機関　※主治医、もしくは現在通院している病院があれば記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①医療機関名主治医名住所・連絡先 | 機関名（　　　　　　　　　　　）　医師（　　　　　　　　　）〒（　　　－　　　）　　　電話番号 |
| ①医療機関名主治医名住所・連絡先 | 機関名（　　　　　　　　　　　）　医師（　　　　　　　　　）〒（　　　－　　　）　　　電話番号 |
| 常服薬薬品名 | □あり　薬品名　①　　　　　　②　　　　　　③□なし　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

〇これまでに在籍した学校で受けたことのある支援

|  |  |
| --- | --- |
| 授業支援 | □ノートテイク（要約筆記）　　　　□PCノートテイク（PC通訳）□手話通訳　　　□座席の指定　　　□板書代筆□映像資料・音声資料の文字起こし　□配布資料の拡大□体位の変換等　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実習・実験等での配慮 | □免除　□一部免除　□内容・方法等の配慮（　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 試験時の配慮 | □試験時間の延長　□個別受験　□問題の点訳　□解答方法の変更□問題及び解答用紙の拡大　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 学習支援 | □対面朗読　□資料のデジタル化　　□資料の点訳□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学内生活の支援 | □ガイドヘルプ　□買い物補助（食堂・生協等）　□食事介助□トイレ使用時の介助　□休憩室の利用　　□ロッカーの利用□通学時の自家用車使用　□施設の改修（内容　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| その他 |  |

〇支援を希望する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 授業支援 | □ノートテイク（要約筆記）　　　　□PCノートテイク（PC通訳）□手話通訳　　　□座席の指定　　　□板書代筆□映像資料・音声資料の文字起こし　□配布資料の拡大□体位の変換等　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実習・実験等での配慮 | □免除　□一部免除　□内容・方法等の配慮（　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 試験時の配慮 | □試験時間の延長　□個別受験　□問題の点訳　□解答方法の変更□問題及び解答用紙の拡大　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 学習支援 | □対面朗読　□資料のデジタル化　　□資料の点訳□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | □社会的スキル指導（対人関係・自己管理等）□進路・就職指導（障害者雇用枠に基づく就職）□専門家による心理カウンセリング□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |