# 泉佐野泉南医師会看護専門学校長 殿

合理的配慮申請書

# 合理的配慮様式１

申請日 令和 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 学籍番号 |  |
| フリ ガナ |  |
| 氏名 |  |
| 緊急連絡先 | フリ ガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | 自宅： | 携帯： |
| 個別の状況 | 障がい名又は診断名 |  |
| 根拠資料 | * 障害者手帳写し　　　　　　 □診断書／意見書写し
* 心理検査結果写し　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 修学上困難を伴う内容 |  |
| 希望する配慮内容 |  |

（申請時の注意事項）

・本申請書は，希望する配慮の提供を約束するものではありません。また，これまで受けたことのある支援内容が，必ずしも本校にて提供可能な配慮として認められるわけではありません。

・本申請書は，合理的配慮支援の目的に限り使用し，個人情報は正当な理由なく第三者への開示，譲渡及び貸与することはありません 。ただし，必要に応じて情報の一部または全部を支援者間で共有する場合があります。

合理的配慮　様式２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学籍番号 |  | 申請日時 |  |
| フリ ガナ |  |
| 氏名 |  |
| 科目名 |  |
| 担当教員 |  |
| 該当する日時または期間 |  |
| 希望する配慮の内容 |  |

（申請時の注意事項）

・本申請書は，希望する配慮の提供を約束するものではありません。また，これまで受けたことのある支援内容が，必ずしも本校にて提供可能な配慮として認められるわけではありません。

・本申請書は，合理的配慮支援の目的に限り使用し，個人情報は正当な理由なく第三者への開示，譲渡及び貸与することはありません 。ただし，必要に応じて情報の一部または全部を支援者間で共有する場合があります。