**授業配慮申請書**

下記のとおり、私は以下の困難が考えられるので、ご配慮をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学部・学群  大学院 | 学部・学群・研究科 | 学　年 | 年 | 学籍番号 |  | | | |
| フリガナ氏　名 |  | | | 性　別 | 男 ・ 女 | | 年　齢 | 歳 |
| 障がいや疾病の症状等 | ※症状等で該当するものに○をつけてください。 | | | | | | | |
| 1.　肢体不自由　　2.　聴覚言語障害　　3.　視覚障害  4.　病弱（慢性の呼吸器、心臓、肝臓疾患等） | | | | | | 障がい者手帳 | 級 |
| 5.　発達障害　　　6.　精神障害　　　7.　特定疾患（難病）  8.　その他の症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ※医師による診断名（病名）等を記入してください。  （診断名） | | | | | | | |
| ※困難な概要を記入してください。 | | | | | | | |
| お願いしたい配慮事項 |  | | | | | | | |
| 記載欄　　　健康管理室 | 新入生健康調査記載　（　有　・　無　） | | | | | 受　付　印  健康管理室 |  | |

* 医師の診断書、障がい者手帳等、障がい・疾病の状況がわかる証明書を添付して、半期ごとに、履修登録終了後に健康管理室に提出してください。
* 裏面の配慮希望担当教員に本申請書及び診断書等証明書のコピーをお渡し致します。
* 可能な範囲で検討しますが、全ての希望に添える訳ではありません。

教務部長　様

担当教員　様

下記科目の受講にあたり、授業配慮を申請しますので、ご配慮をお願いします。

　　　年度　（　　　　　期　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配　　慮　　希　　望　　科　　目 | | 授　業　科　目　名 | 曜日 | 時限 | 担　当　者 | **ノートテイク** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 備　　考 | ※記入しないでください。 | | 受　付　印  教　務　課 |  | | |

* 医師の診断書、障がい者手帳等、障がい・疾病の状況がわかる証明書を添付して、半期ごとに、履修登録終了後に健康管理室に提出してください。
* 配慮希望担当教員に本申請書及び診断書等証明書のコピーをお渡し致します。
* 可能な範囲で検討しますが、全ての希望に添える訳ではありません。
* **ノートテイクに関しては聴覚障害、視覚障害、肢体不自由等で筆記が困難な学生を対象に審査の上実施します。**

**なお、実施にあたってはノートテイクのサポートができる学生がいる場合に限り、週6コマまでサポートしますので、優先順位を記載してください。**