

申込日：平成 年 月 日

相談申込書

フリガナ		学籍 番号	
氏名			(平成 年 月入学)
所属	学域 学部 研究科		類 学科 課程 専攻
住所			
連絡先	TEL	メールアドレス	

[緊急連絡先]

フリガナ		続柄		TEL
家族等氏名			連絡先	メールアドレス
家族等住所				

困っていること	

医療や相談機関の利用	ない / ある (機関名：)
------------	-----------------

障害学生支援室長 殿

申込書の内容について、支援のために必要な場合に限り、関係する学内の教職員と情報共有が行われることに同意します。

申請者氏名： _____ (自署)