

障害等を理由とする修学支援申請及び情報共有に関する同意書

記入日： 年 月 日

三重県立看護大学長 あて

ふりがな			学年	学籍番号
氏名				
メールアドレス		電話番号	自宅：	
			携帯：	
緊急時の連絡先 (保証人等)	住所：〒			
	電話番号：		氏名：	(続柄：)
チューター教員名				

障害の内容	視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ 病弱・虚弱 ・ 発達 ・ 精神 ・ その他			
	障害(病)、診断名：			
補助器具の使用				
診断書 ※	有 ・ 無	その他、検査所見や障害の状況を示す資料 ※	有 ・ 無	※ いずれかを本申請書に添付して提出してください。
障害者手帳 ※	有 ・ 無	身体 ・ 精神 ・ 療育 ・ その他()	級 種	
障害の状況				
かかりつけ医療機関等 (病院、支援機関等)	機関名：		電話番号：	
	医師・担当者：			
修学上 困難を伴う事項				
希望する 支援や配慮	注) 以上は申請時の状態とニーズを確認するものであり、本申請書の記載内容のみで合理的配慮の内容が決定されるわけではありません。			

添付書類	☐ 根拠資料 (☐ 診断書 ☐ 障害者手帳写し ☐ その他:)
------	---

◆個人情報の取り扱いについて

☐ 本申請書に記載された個人情報は、障がい等を理由とする修学支援の目的のため、対応所属関係者に共有します。

☐ 外部関係機関・団体等に対して、本学に在籍する障害学生の統計資料として、学部・学年・障害の種別等の在籍者数を公表することがあります。

ただし、個人を特定できる氏名等の内容を公表することは一切ありません。

◆留意事項

☐ 対応所属において案件ごとに本申請者との面談の機会を持ち、申請内容について相互に確認し合意形成を行います。

☐ 本申請者は、配慮・支援によって知り得た情報を、自身の修学の目的以外に利用しないものとします。

☐ 配慮、支援を外部の関係機関等と連携して行っていく際に情報共有が必要と判断した場合には、本申請者の同意を得てから行うものとします。ただし、緊急やむを得ない場合は、個人情報を十分に保護しつつ共有することがあります。

以上の内容について、確認、同意のうえ、配慮・支援に必要な個人情報については、法令及び三重県立看護大学の規程等に基づく厳重な管理の下で、必要最小限の範囲の関係者で共有することを承諾します。

本人署名 _____

相談窓口			教務学生課 記入欄	
チューター	相談担当教員	相談担当職員	担当者	申請書(写)受取日
				年 月 日