（様式1）

合理的配慮申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

鹿児島医療技術専門学校長　殿

学籍番号 （受験番号）		学科	
フリガナ 氏　名			
住　所	〒		
電話番号	自宅:	携帯:	
メール アドレス	ＰＣ: 携帯:		
緊急 連絡先	フリガナ 氏　名	本人との 関係	
	電話番号	自宅:	携帯:
障害等 の概要	障害の 種類	□視覚　□聴覚　□肢体　□病弱・虚弱　□発達　□精神 □その他（　　）	
	障害名 または 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。