西暦　　年　　月　　日

〔障がい学生修学支援調査票〕

学　部	学　科

受験番号	氏　名（ふりがな）

◇障がいのある学生の修学支援について

□希望する　　□現在のところ希望しない　　※いずれかに☑を入れてください。

□視覚障がい　□聴覚障がい　□言語障がい　□肢体不自由　□病弱/虚弱　□発達障がい
□精神障がい　□その他の障がい
※ご自身の障がい種別に☑を入れてください。

◇上記で「希望する」にチェックを入れた方は、支障のない範囲で具体的にご記入ください（障がい名等）。
なお、支援希望内容によっては対応できない場合があることをご了承ください。

※できるだけご本人がご記入ください。ご記入内容について電話連絡をさせていただくことがあります。

●ご記入者氏名

●ご記入者の連絡先（日中連絡がつく連絡先をご記入ください）

携帯　　－　　－

自宅　　－　　－

●現在の住所

〒

◇入学前面談の希望について

●本学支援担当者との入学前面談希望日程について

支援ご希望の際は、所属学科長、学生健康支援センター長及びスタッフとの入学前面談を行っております。
入学前面談ご希望の方には、後日、日程等についてご連絡させていただきます。

□入学前面談を希望する
□現在のところ入学前面談は希望しない

●ご記入保護者氏名

学生との続柄：父・母・その他（　　）

●ご記入保護者の連絡先（日中連絡がつく連絡先をご記入ください）

携帯　　－　　－

自宅　　－　　－

※この調査は、入学前に障がいを持つ学生の支援希望状況把握のために活用いたします。
実際に支援をご希望の際は、入学後に別途支援申請手続きが必要となります。
（個人情報の利用目的）
個人情報については、修学支援業務を行うために学内関係部署と情報共有いたします。

東北学院大学学生健康支援課