

## 合理的配慮申請書

該当箇所に入力（記入）、または レ をして下さい。

記入日：            年            月            日

ふりがな		学 科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生学科 <input type="checkbox"/> 専攻科	
名 前		学籍番号		
生年月日	年    月    日			
住 所	〒			
電話番号	自宅		携帯	
E-mail(原則大学のアドレス)			@	
保証人 連絡先	名 前		本人との関係	
	電話番号		E-mail	
	〒			
その他 の緊急 連絡先*	名 前		本人との関係	
	電話番号		E-mail	

\*必要な場合のみ

-----

### 《個人情報の第三者提供に関する同意について》

申請時にお預かりしたあなたの個人情報を、修学支援を円滑に行うため下記関係者と共有することがありますが、あなたの同意を得ることなく共有することはありません。共有に同意できる関係者にチェックをして下さい。なお、個人情報を合理的配慮以外の目的に使用することは一切ありません。

【学内関係者に関する同意】	する	しない	【学外関係者に関する同意】	する	しない
学年担任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保証人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の短大教員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
短大事務職員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出身校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上記以外の情報共有（例：実習、部活動、ボランティア）については、その都度確認し、決定します。

私はこの申請を行うにあたり、上記のとおり、関係者と個人情報を共有することに同意します。

年    月    日

署名 \_\_\_\_\_

