

取扱注意

(別紙1)

平成 年 月 日

山陽学園大学・山陽学園短期大学 学長 殿

修学支援等調査票

私は、修学等の支援を希望します。障がいの状況や希望する支援については下記のとおりです。ご検討いただきますようお願いいたします。

(受験予定) 学部・学科、研究科、専攻科：

住所： 〒

TEL：

学生氏名：

㊞

「障がい内容」(該当するものがあれば○をつけてください。)

1. 視覚障がい 2. 聴覚言語障がい 3. 肢体不自由
4. 発達障がい 5. 精神障がい 6. 知的障がい

7. 特定疾患(難病): 病名 ()

8. 病弱(内容:)

9. その他 ()

障害者手帳等の有無(該当するものに○をつけてください)

1. 無 2. 有 (ア. 身体 級 イ. 精神 級 ウ. 療育)

「障がいの状況(医師による診断名、修学が困難な概要を記入してください)」

「希望する修学支援等の内容(授業や学生生活、施設・設備等)」

※本調査票の内容は、希望する修学支援等に関する以外には利用しません。

※記入欄に入りきらない場合は裏面にご記入ください。