修学支援等申請書（新規・継続）

【別紙５】

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

兵庫県立大学看護学部長　様

学籍番号・氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　【連絡先】　TEL：

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

　　　　　　　　　　　　　　　　 保護者氏名

医　　　師

１　障がいの程度等がわかる書類（提出できるものに○をつけてください）

1. 医師の診断書　　　(2)　障がい者手帳（写し）

(3)　その他の書類　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　現在受講している（または受講予定の）科目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目名 | 支援希望の有無（〇×） | 科目名 | 支援希望の有無(〇×) |
| 　　　　　　　　　　　　 |  | 　　　　　　　　　　　　 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３　希望する支援の内容

|  |
| --- |
| ＊授業＊＊実習＊＊定期試験＊ |

※修学上希望する配慮に関しては、すべてが認められるわけではありません。

※この申請書の内容は、関係する教職員が支援目的のために共有し、原則として第三者に開示しません。