|  |  |
| --- | --- |
| **支援が必要な年・学期** | 　　　　　 年 　[ ] 春夏 　[ ] 秋冬 |
| **申請日** | 年 　 月 　 日 |
| **氏　名** |   |

※申請日と氏名は自筆で記入してください。

障害学生支援委員会委員長　殿

**障害学生特別措置申請書　（**[ ] **新規　・**[ ] **追加）**

下記のとおり、一橋大学障害学生への支援に関する規則第3条第1項に基づき支援を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **入学年度** | 年 | **学籍番号****（受験番号）** |  |
| **所　属** |  | [ ]  学部[ ]  研究科 | 年 | **指導教員又は****クラス顧問** |  |
| **フリガナ** |  |
| **氏　名** |  |
| **連絡先** | 現住所：〒電話番号： Email： |
| **障害名** | ※「身体者障害者手帳」の写しを添付してください。手帳をお持ちでない方は医師の診断書や意見書、心理検査結果書を添付してください。 |
| 【添付書類】[ ] 　障害者手帳　[ ] 　診断書　[ ] 　心理検査結果　[ ] 　その他（　　　　　 ） |
| **具体的な症状**（医者の所見など添付可） |  |
| **本学入学前に受けてきた支援内容** |  |
| **障害によって****困っていること・苦手なこと**（別紙可） |  |
| **希望する****配慮内容** |  |