**（Reiwa）令和　　　年　　　月　　　日**

 **year month day**

**バリアフリー支援申込届**

**Application for Disability Support**

（所属部局長）　殿

Name of applicant申請者氏名：

下記のとおり，バリアフリー支援を申し込みますので，お認めくださるようお願いします。

I would like to apply for the support of Disability Service and details are below.

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名 Name** |  |
| **所属・学年Department / Grade** |  |
| **学生証番号Student ID no.** | **（※学生のみ Students only）　　　　　　　　－** |
| **住所 Address** |  |
| **電話番号／FAXTel/Fax** |  |
| **メールアドレスe-mail address** |  |
| **緊急連絡先Emergency contact** | 　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係relationship：　 　　）電話番号 Tel no.： |
| **支援開始日Support Starting date****(変更日Renewal date)** | **年　　　　　　月　　　　　　　日 　　～**year month day |
| **支援が必要な****理由と希望する　支援の内容****reasons of a support and list of supports you like to get** | 新規 ・ 変更　（どちらかを○で囲んでください。）New ・renewal(choose either one)支援が必要な理由 The reason for getting the support・・希望する支援の内容 List the support you wish to get・・ |
| **添付書類****Attached Documents** | □学生証写しa copy of Student ID□職員証写しa copy of Staff ID□障害者手帳写し(取得済みの場合のみ）a copy of disability certificate (if you have)□その他 Others（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **連絡先****Contact to** | 支援実施担当者氏名 Person in charge of Support ： 内線 ext.：　メールアドレス e-mail address：　 |

＊申込届は、支援のコーディネートの目的に限り使用し、個人情報は、正当な理由なく第三者への開示、譲渡及び貸与することはありません。

Above information is used only for the purpose of coordinating a support and personal information will not be disclosed, transferred or lent to a third party without a justifiable reason.