**Confirmation of Support**

To　　　　　　　　　　　　 and

Director, Disability Services Office,

I confirm that I understand the following matters relating to the support provided.

* The term “support” here refers to the support at the time of class or support related to school-related activities determined by the Director of the Disability Support Office. (e.g. taking notes in class)
* If you need additional assistance or if you would like to change the nature of the assistance, please contact the　　　　　　　　　　　　.
* In order to facilitate the implementation of the support, please understand that information concerning your disability will be shared among the parties providing the supporting should they asked.
* The electronic data of books, recordings of lectures, personal information of support staff, etc., that are made available while receiving support shall not be given to third parties.
* In the event of an accident, contact the following promptly to receive advice.
* Support will not be provided during periods of leave of absence or suspension.

［Contact］

●

●Disability Services Office

[spds-staff.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp](mailto:spds-staff.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp)

Hongo Branch TEL: 03-5841-1715

FAX: 03-5841-1717

Komaba Branch TEL: 03-5461-8944

FAX: 03-5465-8952

Date (yyyy/mm/dd): / /

Department:

Name:

**支援に関する確認書**

令和　　年　　月　　日

　殿

バリアフリー支援室長　　　　殿

支援に関わる下記の事項を確認しました。

　　　　　　　　　　　　　　　所属：

　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

記

　・ここでの支援とは、授業時の支援またはバリアフリー支援室長が認めた学内の修学上必要な活動に関係する支援を指す。

　・新たに支援が必要となる場合や支援内容の変更を希望する場合は、　　　　　　　　　　　　　　　へ申し出ること。

　・支援を円滑に実施するため、支援関係者間における連絡先及び障害の状態の共有について、了解すること。

　・支援を受ける中で得た書籍電子データや講義記録、サポートスタッフの個人情報等を第三者に提供しないこと。

・万が一事故等が発生した場合は、速やかに下記へ連絡して指示を受けること。

・休学又は停学の期間は、支援を受けることができない。

［連絡先］

　・支援実施担当者

　　　 　職名：

氏名:

連絡先:

TEL:

　　 ・バリアフリー支援室[spds-staff.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp](mailto:spds-staff.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp)

本郷支所TEL：03-5841-1715　　FAX：03-5841-1717

駒場支所 TEL：03-5465-8944　　FAX：03-5465-8952