**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

To: Head of Affiliated faculty (Faculty / Graduate School)

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.

|  |  |
| --- | --- |
| **(フリガナ)申請者氏名**Name of applicant |  |
| **所属・学年**Dept./Grade |  |
| **（学生）****学生証番号**Student ID | － | **（教職員）****共通ID**Staff ID |  |
| **住所**Address |  |
| **電話番号／FAX**Tel/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 why you need support and Support that you require | 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 Reasons why you need support・・・希望する支援の内容 Support that you require・・・ |
| **添付書類**Attached Documents | □学生証写し（学生は必須） A copy of Student ID□職員証写し（教職員は必須） 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（ ） |

＊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 support and personal information will not be disclosed, transferred or lent to a third party without a justifiable reason.