**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.