

川崎医療短期大学 学長 殿

2024 年度入試(専願) 受験上及び入学後の合理的配慮に関する要望書

氏名			
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
E-mail			
所属	高等学校		
保護者 連絡先	氏名	本人との関係：	
	住所：〒		
	電話番号：	E-mail：	
その他の 緊急連絡先	氏名	本人との関係：	
	電話番号：	E-mail：	

I. 障がい等の状況について、該当箇所に○を記入してください。

障がいの種別	該当欄	医師の 診断	障害者手帳		介助の 必要性
			種類	等級	
視覚	盲				
	弱視				
聴覚・言語	聾				
	難聴				
	言語障害				
肢体	上肢機能				
	下肢機能				
	上下肢機能				
	他の機能				
病弱・虚弱（診断書有）					
重複					
発達障害	限局性学習症（学習障害）(LD)				
	注意欠如・多動症（ADHD）				
	自閉スペクトラム症（ASD）				
	その他発達障害				
その他（ ）					
備考					

II. 以下の A, B, C に対する支援・配慮の「希望の有無」に☑を入れ、あなたが感じる「不便・困難感・不安など」と、希望する「支援・配慮の内容」について、具体的に記入してください。

A. 入学試験時の支援・配慮希望 : <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	
不便・困難・不安など	支援・配慮の内容
(例: 車いすのため移動や排せつ時の自立が困難)	(例: エレベーター、障がい者用トイレのある階での受験)
※入学者選抜における適正判定・公平性確保等により配慮内容を決定します。	
入試区分 (○で囲んでください)	リハ学院特別選抜前期 ・ リハ学院特別選抜後期 ・ 総合型選抜 ・ 学校推薦型選抜前期
志望大学(学院)・学科	
B. 入学した際の学修上の支援・配慮希望 : <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	
不便・困難・不安など	支援・配慮の内容
(例: 難聴がある)	(例: 補聴援助、視覚的情報保障援助 (ノートテイク、パソコンテイク等))
C. 入学した際のその他の支援・配慮希望 (大学での生活上の配慮など) : <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	
不便・困難・不安など	支援・配慮の内容
(例: 長時間の歩行が難しい)	(例: 学外の行事では、車椅子を利用したい)

○個人情報の取り扱いについては、適正な管理を行うとともに個人情報の保護に努めます。ただし、支援・配慮の内容の検討・決定および実施のために、記入された内容について、大学教職員・保護者・主治医・ピア・サポーター学生などとの間で必要な情報を共有することがあります。

支援に必要な個人情報の開示に同意します。

氏名 (署名) _____ (保護者代筆可)