

アクセシビリティ支援室相談受付票

記入日：20 年 月 日

学籍番号	ふりがな	
	氏名	
電話番号	携帯：() - / 自宅：() -	
メールアドレス	@	
どのようなことに困っていますか？（キーワードなど）		
該当する方のみご記入ください。（該当する項目を○で囲んでください）		
障害の種類	視覚障害 聴覚障害 肢体不自由 内部障害 発達障害 その他（ ）	
障害者手帳を交付されている場合	種別 手帳 等級 級	
アクセシビリティ支援室について教えてください。（該当する項目を○で囲んでください。複数選択可。）		
アクセシビリティ支援室をどこで知りましたか？	大学HP キャンパスガイド アクセシビリティ支援室リーフレット 新年度オリエンテーション 教員から（ 先生） 友人から 学生相談室（カウンセラー） 医務室 その他（ ）	

ご記入ありがとうございました。

受付票は、支援のコーディネートにのみ使用し、個人情報、正当な理由なく第三者への開示、譲渡および貸与することはありません。

 一事務記入欄 -----

受付担当者	面談担当者	面談時間	: ~ :
備考欄			