申込日　平成　　年　　月　　日

オープンキャンパス配慮希望申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏　名 |  | |
| 学校名・学年 |  | 年 |
| 連絡先（TEL） |  | |
| （Email） |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 参加希望学部  ※当てはまる□に✓を 入れてください | □　人文社会科学部（小白川キャンパス）  □　地域教育文化学部（小白川キャンパス）  □　理学部（小白川キャンパス）  □　小白川キャンパス以外 （　　　　　　　　　キャンパス） |
| 参加希望ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ  ※現時点での希望を ご記入ください。 | 例：9:30～コース説明、10:45～模擬講義〇〇コース②  14:00～模擬講義〇〇コース④ |

|  |  |
| --- | --- |
| 障がい等の種類  ※当てはまる□に✓を 入れてください | □　視覚　□　聴覚　□　運動　□　内部（病弱）　□　発達  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 配慮希望事項  ※できるだけ具体的に ご記入ください。  ※ご希望に添えない場 合もございますので、予めご了承ください。 | 例：視覚障害の場合　→　移動支援、資料の事前提供、座席位置の希望　等  聴覚障害の場合　→　座席位置の希望、文字通訳あるいは手話通訳　等  　　運動障害の場合　→　身体障害者駐車場の利用、移動支援、ポイントテイク　等  　　発達障害の場合　→　座席位置の希望　等 |
| 同伴者 | □　有（続柄・人数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　無（本人のみ） |
| 当日の連絡先  ※上記連絡先と異なる場合にご記入ください。ご本人以外も可。 | TEL：  E-mail： |
| 障がい学生支援相談コーナー 参加希望 | □　有　　　　　□　無 |

＜提出先＞　山形大学　障がい学生支援センター

TEL: 023-628-4922　FAX: 023-628-4485

E-mail: shougai-shien@jm.kj.yamagata-u.ac.jp