申込日　　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
自宅住所		
連絡先（TEL）	※日中連絡先をお知らせください	
（Email）		

参加希望学部 ※当てはまる□に✓を入れてください	□　7月27日(土)　医学部　　□　8月3日(土)　人文社会科学部 □　7月28日(日)　農学部　　□　8月3日(土)　地域教育文化学部 □　8月　2日(金)　工学部　　□　8月3日(土)　理学部
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○○コース② 14:00～模擬講義○○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