障がい学生支援室　相談申込票

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 学籍番号 |
| 氏名 |  |  |
| 所属 | 学域　　　　　　　　 　　　　学類研究科　　　　　　 　　　　　専攻 |
| 電話 |  |
| メール |  |
| 支援室でのこれまでの相談の有無 | 有（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 相談の内容（概要を書いてください。） |  |
| 来室可能な日程（できるだけ多く〇をつけてください。） | 月曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目　火曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目水曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目木曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目金曜：　１時間目　　２時間目　　３時間目　　４時間目＜備考＞ |

いただいた情報は障がい学生支援室内で共有し，初回相談日および担当者の調整のために使用します。初回相談日はメールでご連絡します。メールに注意していてください。

Support Office for Students with Disabilities

Consultation Application Form

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Date：

　　　　　　　　　（YYYY.MM.DD）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name（Katakana） |  | Student ID No. |
| Name（English） |   |  |
| School/Division/Program |   |
| Phone No. |  |
| E-mail |  |
| Whether or not you have consulted with the support office before | Yes（When：　　　　　　　　　　　　　　）・ No |
| Consultation Overview |   |
|  Available Dates for Visiting the Consultation Room（Please mark as many dates as possible with a circle.) | Monday : 1st period 2nd period 3rd period 4th period　Tuesday : 1st period 2nd period 3rd period 4th periodWednesday : 1st period 2nd period 3rd period 4th periodThursday : 1st period 2nd period 3rd period 4th periodFriday : 1st period 2nd period 3rd period 4th period＜Remarks＞ |

The information you provide will be shared within the Support Office for Students with Disabilities and used to coordinate your initial consultation date and assigned staff member.

We will notify you of the initial consultation date via email. Please make sure to check your email regularly.