年　　　　月　　　　日

入学者選抜における支援相談票

１．各項目に記入または✔をしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | 〒 |  |  |
| 電話番号 | 自宅 |  | 携帯 |  |
| E-mail |  | ＠ |  |
| 選抜区分 | 選抜 | 出身学校等 |  |
| 志望学部 | * 大学院
 | 志望学科コース | * 人間科学コース
* 臨床心理学コース
 |
| * 文学部
 | □　日本語・日本文学科□　英語学科□　アジア文化学科 |
| * 人間科学部
 | □　心理・社会福祉専攻　心理コース□　心理・社会福祉専攻　社会福祉コース□　初等教育・保育専攻　初等教育コース□　初等教育・保育専攻　幼児保育コース |
| * 現代社会学部
 | 　□　現代社会学科 |
| 障害の種類 | 該当 | 医師の診断 | 障害者手帳（ある場合） | 介助の必要性（必要な場面　例：試験室への移動） |
| 種類 | 等級 |
| 視覚障害 | 　盲 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 弱視 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 聴覚・言語障害 | 　聾 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 難聴 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 言語障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 肢体不自由 | 上肢機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 下肢機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 上下肢機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 他の機能障害 | □ | □ |  |  | □（　　　　　　　　　） |
| 障害の種類 | 該当 | 病名 | 医師の診断 | 障害者手帳（ある場合） | 介助の必要性（必要な場面　例：食事） |
| 種類 | 等級 |
| 精神障害 | □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| 発達障害 | □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| 病弱・虚弱 | □ | - | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| その他 | □ |  | □ |  |  | □（　　　　　　　　　　） |
| 一時的な怪我・疾病 | □ |  | □ | - | - | □（　　　　　　　　　　） |

２．あなたが現時点で、入学者選抜の受験および本学での修学上、必要だと感じている具体的な支援内容があればご記入ください。

|  |
| --- |
| 受験に必要な支援（出願時・受験時・その他） |
|  |
| 修学上必要な支援 |
|  |

３．後日、今後のあなたに対する支援内容について面談をします。希望日時をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第一希望 | 月　　　　　日 | 時　　　　　分～　　　時　　　　分 |
| 第二希望 | 月　　　　　日 | 時　　　　　分～　　　時　　　　分 |
| 第三希望 | 月　　　　　日 | 時　　　　　分～　　　時　　　　分 |