年　　月　　日　提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度　　　　前期　　後期　（いずれかに○をつける） | | | | | | | |
| 学科 | 学籍番号 | |  | | 氏名 | |  |
| 障がいの症状  （医師の診断書等を添付すること） |  | | | | | | |
| 希望する配慮の内容 |  | | | | | | |
| 配慮を希望する授業  （履修科目が決まり次第、記入してウエルネスセンターに提出） | 曜日 | 時限 | | 科目名 | | 担当教員 | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |