

修学支援申請書

高知県立大学長 様

下記のとおり、修学上の支援をお願いしたく申請します。

申請日 年 月 日

申請者氏名	
学籍番号	
連絡先（メール）	
連絡先（電話）	
緊急連絡先（電話番号・関係）	
障がいの内容	
支援を希望する事項 <small>（欄が不足する場合は、別紙に記入して添付してください。）</small>	
主治医（病院名、主治医の氏名） または関係者	
本人の同意 <small>（情報共有に関する同意）・自署</small>	

※主治医の診断書等または関係者の所見を添付してください。

※記入いただいた内容は、必要に応じて、関係する教職員及び外部の専門家等で共有します。