2021年　　月　　日

神奈川大学長　殿

授 業 配 慮 申 請 書（後学期）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　　学科　　　　　　年

学籍番号　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人自署）

メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　携帯番号　　（　 ）

（JINDAIメールアドレスを記載すること）

保証人氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

（保証人自署）

次の理由により全ての面接（対面）授業の配慮を希望します。(該当箇所にレ点して必要事項を記入)

|  |
| --- |
| **□基礎疾患(裏面参照)を有し、現在通院もしくは経過観察中である。**  ※経過観察：定期的に病院受診し状況を確認してもらうこと  **□BMI 30以上の肥満がある。**  ※ BMI：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m） |
| **□同居家族に基礎疾患を有する者がいる。**  　　□続柄（　　　　　　　）　　　□年齢（　　　　　　　）  状況について |
| **□同居家族に高齢者がいる。**  　　□続柄（　　　　　　　）　　　□年齢（　　　歳）  状況について |
| **□通学時間が片道２時間以上**計（　　）時間　＊2時間以内の方は｢その他の理由｣に記入してください  経路 |
| **□その他の理由**  (上記以外の理由で、健康、〇〇などの不安など、詳しく記入してください。入国ができない留学生もこちらに記入し、その理由も記入してください) |

* 記入された内容について、状況の確認や根拠資料を求めることがありますので、あらかじめご了承ください。
* 入国できない留学生については、｢その他の理由｣の欄に入国できない理由、入国の見込み等を記入してください。
* 郵送する際は、1枚目のみ郵送してください。
* 許可の有無につきましては、**jindaiメールへお送りします**ので確認してください。

**基礎疾患は以下のものを指す**

慢性の呼吸器の病気

慢性の心臓病（高血圧を含む）

慢性の腎臓病

慢性の肝臓病（脂肪肝や慢性肝炎を除く）

インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病、またはほかの病気を併発している糖尿病

血液の病気（鉄欠乏性貧血を除く）

免疫の機能が低下する病気（治療中のがんを含む）

ステロイドなど免疫の機能を低下させる治療を受けている

免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患

神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害など）

染色体異常

重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した状態）

睡眠時無呼吸症候群

精神疾患の治療のため入院している場合

精神障害者保護福祉手帳を所持している

自立支援医療（精神通院医療で「重度かつ継続」の該当する場合