

# 配慮願

学生・女性支援センター長 殿

記入日 年 月 日

東京医科歯科大学での修学上、下記の配慮をご検討頂けますようお願い致します。

フリガナ 氏名	⑩
所属	
住所	
電話番号	自宅: 携帯:
メールアドレス	PC: 携帯:
緊急連絡先	連絡先: 氏名: 本人との関係
配慮事項	
・添付書類	診断書 : あり ・ なし 手帳 : あり ・ なし その他参考資料 :
情報共有	<p>配慮を検討するうえで必要となる学内の教職員と情報を共有してよろしいですか。</p> <p>同意する 自署 (同意の場合○で囲んで自署をお願いします。)</p> <p>同意しない</p>

提出先  
学生・女性支援センター  
学生支援室・障害学生支援室  
03-5803-4571・4959