

SOGI 相談申請書

申請日： 年 月 日

学校法人衛生学園
東京衛生学園専門学校 学校長殿

学籍番号 (受験番号)	学科： <input type="checkbox"/> 東洋医療総合学科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション学科 <input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 看護学科二年課程（通信制）
フリガナ 氏名	
住所	〒
電話番号	携帯電話(または固定電話)
メール アドレス	携帯： PC：
希望する 配慮内容	

(申請時の注意事項)

- ・本相談書は、希望する配慮の提供を約束するものではありません。また、これまで受けたことのある支援内容が、必ずしも本校にて提供可能な配慮として認められるわけではありません。
- ・本相談書は、SOGI 支援の目的に限り使用し、個人情報とは正当な理由なく第三者への開示、譲渡及び貸与することはありません。ただし、必要に応じて情報の一部または全部を支援者間で共有する場合があります。