

新規	継続
----	----

No. \_\_\_\_\_

西暦

年 月 日

## 令和 年度 障がい者支援スタッフ 登録票

カナ			性別			
氏名				生年月日	西暦	年 月 日
				学修番号		
所属	学部		系・学科		コース	
	研究科				専攻・学域	
連絡先	〒 _____ _____					
E-mail(PC)	_____ → メーリングリスト登録 可 or 不可					
E-mail(携帯)	_____ → メーリングリスト登録 可 or 不可					
選択語学			得意分野			
講習会・支援経験	障がいのある人への支援に関する講習会の受講経験があれば、記入してください。 障がいのある人への支援経験があれば内容、期間を記入してください。					
関わりたい支援 (現時点でのスキル は問いません)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚障がい</li> <li>・聴覚障がい</li> <li>・肢体不自由</li> <li>・環境整備</li> <li>・その他</li> </ul>		関わりたい支援メニューに○をつけてください。 (移動支援、授業同席、資料テキスト化、対面朗読) (手書きノートテイク、パソコンノートテイク、映像文字起こし) (移動支援、授業同席、ポイントノートテイク) (点字ラベル整備、バリアフリーマップ作成) ( _____ )			
その他 (事前に伝えておく ことや希望など)						

以下はダイバーシティ推進室スタッフが確認します。

( 確認できたら○ 不明の場合は「不明」  
後日の場合は「後日」と記入)

保険		振込口座	登録資料
傷害保険(学研災等) 加入確認	傷害賠償保険(学研賠等) 加入確認	支払金口座登録 依頼書の提出	登録票2(スケ ジュール)の提出

※記載された個人情報は、「東京都公立大学法人における個人情報の適正な管理に関する規定」に基づき保護され、本事業のみに使用いたします。