

(様式9)

支援スタッフ登録申請書

申請日 年 月 日

障害学生支援室長 殿

下記の通り、障害学生支援スタッフ登録を申請します。

入学年度	平成	年度	学籍番号	
学部・学科				
氏名				
電話番号				
Eメールアドレス				

1. 希望する支援活動（希望する活動がリストにない場合は空欄に書き込んでください）

活動	内容	経験	技能
点訳・墨訳	教材、資料等の点字化、点字の活字化	有・無	有・無
教材のテキストデータ化	印刷物等の text ファイル化	有・無	—
ガイドヘルプ	学内外の移動介助（視覚障害、肢体不自由等）	有・無	—
リーディングサービス	板書の読み上げ、教材・資料の対面朗読等	有・無	—
手話通訳	講義内容等の手話による同時通訳	有・無	有・無
ノートテイク	講義時等に内容をノートに筆記する情報提供	有・無	有・無
パソコンテイク	講義時等に内容をパソコンに入力する情報提供	有・無	有・無
視聴覚教材字幕付け	視聴覚教材の内容を説明する字幕を付与する	有・無	有・無
車椅子介助	車椅子による学内移動の介助	有・無	—
		有・無	
		有・無	
		有・無	

2. 平成 年前期の活動可能な時限に○をつけてください。

	月	火	水	木	金	土
1時限						
2時限						
3時限						
4時限						
5時限						
6時限						