

診療情報提供依頼書

担当医 御机下

〒187 - 8505

東京都小平市小川町 1 - 736

武蔵野美術大学

学生生活チーム

TEL 042-342-6028

武蔵野美術大学では障害のある学生の申請に応じて、個々の状態・特性等を考慮しつつ修学支援を行っています。より適切な支援の参考とさせていただきますので、診療情報のご提供のほど、よろしくご協力お願いいたします。

【学生記入欄】

<学科>		<学生番号>	
上記申請のため、情報提供文書の作成に同意します。			
署名 (学生氏名)			
生年月日	平成・昭和	年	月 日生 (歳)

【担当医記入欄】

診断名
疾患に伴う症状／留意点
付記

記述日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____
連絡先 _____

医師氏名 _____ 印