

# 診療情報提供依頼書

担当医 御机下

武蔵野美術大学 学生生活チーム

〒187-8505

東京都小平市小川町1-736

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おります。より適切な支援の参考とさせていただきますので、診療情報をご提供くださいますようお願いのほどよろしくお願いいたします。

学生 記入欄	上記申請のため、情報提供文書の作成に同意いたします。			
	氏名 (署名)		学生 番号	
	学科	学科	生年 月日	年 月 日 ( 歳)

## 【担当医ご記入欄】

診断名			
疾患に 伴う 症状/ 留意点			
付記			
医療 機関名 ・ 連絡先	記入日	年	月 日
	担当医 氏名	印	