

# 医師からの意見書

この意見書は、琉球大学障がい学生支援室にて合理的配慮を検討する際の資料となります。  
できるだけ具体的に記入してください。

|          |   |      |        |
|----------|---|------|--------|
| 氏名       |   | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 住所       | 〒                                       |      |        |
| 診断名      | 主診断名：<br>合併診断名：                         |      |        |
| 希望配慮事項   | 本人記載。もしくは合理的配慮申請書に記載の場合は別途添付要           |      |        |
| 現症       | 上記の合理的配慮を必要とする障害・疾患について具体的な理由を記載してください。 |      |        |
| 年 月 日    |   |      |        |
| 医師の氏名    |   |      |        |
| 医師の勤務先   |   |      |        |
| 所在地・電話番号 |   |      |        |