健康管理連絡票

＊健康面で大学に連絡（把握）の必要がない方は提出不要です。

学籍番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療中の疾患	病名： 経過：
その他	管理・支援が必要と思われる事項、障害者手帳の取得がありましたらご記入下さい。
連絡先	緊急連絡先・病院名など、必要と思われましたらご記入下さい。

＊本学では、個人情報について 2005 年 3 月 31 日付「本学の保有する個人情報の利用目的及び取扱について」の趣旨に基づき、学生生活を円滑に送る為、各関係個所に周知致します。

なお、法令の規則に基づき法的義務を伴う要請を受けた場合は、この限りではありません。

保管・管理部署：学生サポート係　保健室