**Consent Form for Support for Students with Disabilities**

To: Chair of the Committee for Students with Disabilities at Hitotsubashi University

I agree to the following matters after confirming and checking the applicable ones.

**Consent for Use of Personal Information**

　Accessibility Office for Students with Disabilities (AOSD), may check your academic records and grade information at Hitotsubashi university as needed.

　AOSD may share personal information (name, name of disability and its details, etc.) with related faculty and staff　as needed.

　Relevant faculty and staff of your home university

　Staff of relevant department on-campus (Hitotsubashi Univ.)

　Course Faculty (Hitotsubashi Univ.)

　If necessary, with prior agreement on the scope of sharing, we may work with off-campus institutions (including attending doctor). In that case, a separate signature is required.

　Information on faculty, grade, disability type, etc. may be released to external organizations as statistical data. We will not disclose any personally identifiable names or other information.

　In order to provide better consideration and support, and enlighten understanding, etc., we may share the contents of consultation with other experts in a form that does not identify individuals.

　We will respect the privacy of students, pay close attention to the protection of personal information obtained in the course of support, and will not use it beyond the scope of business, such as providing or leaking it to a third party. However, if it is based on laws and regulations, or if it is necessary to protect the life or body of a person, we may provide information to a third party in exceptional cases.

**Consent for meetings as needed**

　You will be asked to visit the Accessibility Office for Students with Disabilities to check your course status and use of support if necessary.

**Consent to Prohibited Acts**

　Please refrain from disturbing other users or interfering with the operations of the Accessibility Office for Students with Disabilities.

**Consent to contact emergency contacts**

　If you do not show up for an interview and cannot be contacted by email ３ times in a row, we will contact you at the dormitory supervisor.

After agreeing to the above contents, I, (print your name) receive support.

Date: 　 / /

(Day) 　　 　 (Month) 　　　　(Year)

Signature :

障害学生支援に関する承諾書

一橋大学 障害学生支援委員会委員長 殿

私は、以下の事項について、確認および該当するものへチェックした上で同意いたします。

**個人情報の使用について**

　アクセシビリティ支援室は、必要に応じて、一橋大学での学籍情報および成績等を閲覧させていただきます。

　必要に応じて、個人情報（氏名、障害名及び状態像等）について、下記関係者（チェックのある方）と共有することがあります。

　現在所属している大学の関係教職員

　一橋大学の関係部局職員

　一橋大学の授業担当教員

　事前に共有範囲について同意を得て、主治医を含む学外機関と連携することがあります。この場合、別途署名していただきます。

　学外へ統計資料として所属学部や障害種別等の情報を公表することがあります。なお、個人を特定できる氏名等について公表することは一切ありません。

　障害学生支援の充実および理解啓発等のために、個人を特定できない形で相談内容を他の専門家等と共有することがあります。

　知り得た個人情報の保護には十分に留意し、第三者へ提供、漏えいする等、業務の範囲を超えて使用しません。ただし、法令に基づく場合、人の生命、身体の保護に必要な場合は、例外的に第三者へ情報提供することがあります。

**必要に応じた面談について**

　受講状況や配慮の利用状況を確認するためアクセシビリティ支援室へ来ていただくことがあります。

**禁止行為について**

　他の利用者に対する迷惑行為等、アクセシビリティ支援室の業務遂行の妨げになる行動は控えてください。

**緊急連絡先への連絡について**

　無断キャンセルやメールへの応答なしが3回続いた場合は、寮の監督者へ連絡します。

上記内容に同意の上、私　（氏名記入）　　　　　　　　　　　　　　　　はサポートを受けます。

年　　　　　　月　　　　　　日

署名