**Consent for Support for Students with Disabilities**

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

I agree to the following items after reviewing and confirming the applicable ones.

**Consent for Use of Personal Information**

　The Accessibility Office for Students with Disabilities (AOSD) may review my academic records and grade information at Hitotsubashi University as necessary.

　The AOSD may share my personal information (e.g., name, diagnosis, and clinical condition) with relevant faculty and staff as deemed necessary, including:

　Relevant faculty and staff at my home university

　Staff of relevant on-campus departments at Hitotsubashi University

　Course faculty at Hitotsubashi University

　If necessary, and with prior agreement on the scope of information sharing, the AOSD may collaborate with off-campus institutions (including my attending physician). In such cases, a separate signature will be required.

　Information such as faculty affiliation and type of disability may be shared with external organizations in the form of statistical data. No personally identifiable information, including names, will be disclosed.

　In order to provide appropriate support, promote understanding, and improve services, the contents of consultations may be shared with other experts in a manner that does not identify individuals.

　The AOSD will respect students’ privacy, exercise due care in protecting personal information obtained in the course of providing support, and will not use such information beyond the scope of its duties, including providing or disclosing it to third parties. However, information may be disclosed in exceptional cases when required by laws or regulations, or when necessary to protect the life or safety of an individual.

**Consent for Meetings as Needed**

　The AOSD may schedule meetings to review my course enrollment and the use of accommodations in classes.

**Consent Regarding Prohibited Acts**

　I will refrain from disturbing other users or interfering with the operations of the AOSD.

**Consent to Emergency Contacts**

　If I fail to attend a scheduled meeting and cannot be contacted by email for three consecutive attempts, the AOSD may contact my dormitory supervisor.

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

consent to receive support.

**Date (D/M/Y)**:

**Student 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、一橋大学での履修情報および成績等を閲覧することがあります。

　アクセシビリティ支援室は、個人情報（氏名、診断名、状態像等）について、下記にチェックのある方と共有することがあります。

　所属大学の関係教職員

　一橋大学の関係部署の職員

　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面談を設定することがあります。

**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、支援を受けることに同意します。

**年　　月　　日**

**学生署名:**