　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　（西暦を記載）

群馬県立県民健康科学大学長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請（志願予定）者氏名　　　　　　　　　　　　　　　自署

　　　　　　　　　　　　　　　受　験　上　等　の　配　慮　申　請　書

　受験上及び修学上の配慮を希望するので、以下のとおり相談します。　（□は該当のものにレ印または■を記入下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  志願予定者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □男　　　□女 |
| 年　　月　　日生 |
| 住所等 | 〒　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　（□自宅　□携帯）  住所  （昼間連絡できる携帯電話等があれば記入下さい：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 出身学校名 |  | |
| 志願する学部 | 学　部 | |
| 志願を予定する  入学者選抜の種類等 | □推薦　　　　　　□社会人  □一般（前期日程） | |
| 障害等の状況  （現に治療中の者は、医師の診断書（コピー可）を添付して下さい。） |  | |
| 受験上の配慮を  希望する事項  （大学入試センターから「受験上の配慮事項決定通知書」の交付を受けた者は、その写しを添付して下さい。） |  | |
| 修学上の配慮を  希望する事項 |  | |
| 出身学校でとられていた配慮内容 |  | |
| 日常生活の状況 |  | |

※　別途、書類の提出や、志願予定者等との面談等を依頼することがあります。