

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	(.....)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		年 月 日生
住所等	〒 住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
	(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	<input type="checkbox"/> 推薦 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 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。