

## 事前相談書

※選択項目における□は、☑または■としてください。

提出日

年

月

日

ふりがな		性別	生年月日
志願者氏名			年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 ー		
連 絡 先	電 話 番 号		
	E - m a i l		
志願研究科 選 抜 区 分	研究科・専攻		
	選 抜 区 分		
障害等の区分	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> その他 ( )	[程度]	
		医師の診断書等： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他証明書等 ( )	
[受験上の配慮を希望する事項]			
<input type="checkbox"/> 別室（少人数）受験 <input type="checkbox"/> 別室（個室）受験 <input type="checkbox"/> 指示事項等の文書伝達 <input type="checkbox"/> 拡大文字問題冊子 <input type="checkbox"/> 試験時間延長 <input type="checkbox"/> 乗用車での入構 <input type="checkbox"/> 付添者の同伴 <input type="checkbox"/> トイレに近い試験室 <input type="checkbox"/> 出入口に近い座席 <input type="checkbox"/> 前方の座席 <input type="checkbox"/> 後方の座席 <input type="checkbox"/> 持参使用【 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 遮光眼鏡 <input type="checkbox"/> 特製机 <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> その他 ( )】 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
[上記の受験上の配慮を希望する事項に関する補足]			
[修学上の配慮を希望する事項]			
[出身学校等における配慮事項等]			
[日常生活の状況]			
[その他特記事項]			