提出日：　　　　年　　月　　日

**身体等に障がいのある入学志願者の受験上の配慮申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　名 | 性別 | | 男・女・無回答 |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| ※代理人申請の場合  フリガナ  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（関係：　　　　　　） | | | |
| 住所  〒 | | | |
| 連絡先  電話番号：  E-mail： | | | |
| 最終学歴等 | | 卒業年月日  　　　年　　月　　日  　　　　　　　卒業・卒業見込 | |
| 志望課程  □　医学研究科修士課程（医科学専攻・分野名：　　　　　　　　　　　）  □　医学研究科博士課程（専攻名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　（領域名：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　（科目群：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 申請理由 | | | |
| 受験上の配慮を希望する事項 | | | |
| 修学上の配慮を希望する事項 | | | |
| これまでの修学上の配慮事項等 | | | |
| 日常生活の状況 | | | |

【提出書類】

・　医師の診断書（必要な場合）

・　障害者手帳の写し（必要な場合）