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）