身体障害者等受験上の配慮申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願をする入学者選抜の区分  （該当する区分を○で囲んでください） | | 助産学専攻科 | | |
| 一般枠　　　本学枠　　　広島県内枠 | | |
| ふりがな |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | （〒　　－　　　　） | | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－ | | | |
| 障害の程度 | | | | |
| 症状及び学校の授業での状況等  （身体障害者手帳交付番号：　　　　　交付年月日：　　年　　　月　　　日  　障害名：　　　　　　　　　　　　　等級　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 受験に関して希望する配慮及び理由 | | | | |

令和　　年　　月　　日

県 立 広 島 大 学 長　様

　　　　　　　　　　　　　　 　記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（志願者以外が記入する場合は本人との続柄＿＿＿＿＿＿）

（注）各項目は，できるだけ詳細に記入してください。

修学上の特別な配慮に関する相談書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属（志望）学部・学科等  所属（志望）専攻・分野 | | 助産学専攻科 | | |
| ふりがな |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | （〒　　－　　　　） | | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　－ | | | |
| 障害の程度 | | | | |
| 症状及び学校の授業での状況等  （身体障害者手帳交付番号：　　　　　交付年月日：　　年　　　月　　　日  　障害名：　　　　　　　　　　　　　等級　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入学後，修学に対して希望する配慮及び理由 | | | | |

令和　　年　　月　　日

県 立 広 島 大 学 長　様

　　　　　　　　　　　　　　 　記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（学生又は志願者以外が記入する場合は本人との続柄＿＿＿＿＿＿）

（注）各項目は，できるだけ詳細に記入してください。