

年 月 日

公立千歳科学技術大学長 殿

受験上の配慮に関する事前相談申請書

フリガナ		生年	(西暦)		性別	男・女
受験者氏名		月日	年	月	日	
住 所	〒 ー					
電話番号						
出身学校名・卒業（見込）年月	年 月 卒業・卒業見込					
出願予定の入試区分	<input type="checkbox"/> 一般選抜 前期日程 <input type="checkbox"/> 一般選抜 公立大学中期日程 <input type="checkbox"/> 総合型選抜 <input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 学校推薦型A(千歳地区) <input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 学校推薦型B(全国) <input type="checkbox"/> 編入学試験					
障害等の種類と程度	種類 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱 () <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> その他 () 障害の程度、症状について記入して下さい。 []					
受験上配慮を希望する事項						
修学上配慮を希望する事項						

添付書類

- ・医師の診断書の原本（大学入試センターに提出した場合はその写し）
- ・障害者手帳の氏名・障害等のページの写し（該当者のみ）