

受験に関する相談申込書

記入日：令和 年 月 日

（ふりがな） 受験希望者氏名											
受験予定学部等 （該当する項目を✓チェック）		<input type="checkbox"/> 保健科学部（ 学科 専攻） <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 助産別科									
出身学校		高等学校 学 校						<input type="checkbox"/> 卒業見込み <input type="checkbox"/> 卒 業			
生 年 月 日		昭和 年 月 日 平成									
連 絡 先	住 所	〒 —									
	電 話 番 号	() — (本人・保護者) <small>※本学よりご連絡いたしますので、日中に 連絡が取りやすい番号を記載してください。</small>									
	メールアドレス	@ (本人・保護者)									
●診断名等											
●障がい等の種類と程度 ※該当する項目の[□]に✓チェックをいれてください。											
視覚障害			聴覚障害		肢体不自由				病弱	発達障害	その他
良い方の眼の矯正視力が0.15以下の者	両眼による視野について強度視野障がいのある者	左記以外で視覚に関する配慮を必要とする者	両耳の平均聴力レベルが60 dB以上の者	左記以外で聴覚に関する配慮を必要とする者	体幹の機能障害により座位を保つことができない者又は困難な者	上肢の機能障害により筆記をすることができない者又は困難な者	下肢の機能障害により歩行をすることができない者又は困難な者	左記以外で肢体不自由に関する配慮を必要とする者	慢性の呼吸器疾患、心臓疾患、腎臓疾患、消化器疾患等の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度の者又はこれに準ずる者	自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害のため配慮を必要とする者	その他の病気による体調不良等で配慮を必要とする者
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●受験に際して希望する配慮内容及び理由											

※相談申込書と一緒に、医師の診断書等を提出してください。

※本申込書にて取得した個人情報については、本学の受験及び入学後の特別な配慮に関する相談にのみ使用し、他の目的で使用することはありません。

熊本保健科学大学 入試・広報課
〒861-5598 熊本県熊本市北区和泉町325番地
電 話：096-275-2215
FAX：096-245-3126