

年 月 日

藤田医科大学大学院 医療科学研究科長 様

藤田医科大学大学院 医療科学研究科 受験・修学上の配慮申請書

藤田医科大学大学院 医療科学研究科の入学試験受験に際し、受験上及び修学上の配慮を希望しますので、必要書類を添えて申請します。

フリガナ			生 年 月 日	性 別
氏名	(姓)	(名)	年 月 日生	男・女
連絡先	〒 ー 区 町		都 道 府 県	市 郡
	[電 話] ー ー			
※ 複数記入可。必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください。				

出願予定の入学試験	<input type="checkbox"/> 修士課程 第一次募集 <input type="checkbox"/> 修士課程 第二次募集 <input type="checkbox"/> 博士後期課程 第一次募集 <input type="checkbox"/> 博士後期課程 第二次募集		
希望する領域	<input type="checkbox"/> 生体情報検査科学領域 <input type="checkbox"/> 医用量子科学領域 <input type="checkbox"/> 医用生体工学領域		
希望する特別研究・課題研究担当教員名			
配慮申請の理由 (障がいの程度)			
	障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合 → 障がい者等級____級
希望する受験上の配慮	具体的に記入してください。		
希望する修学上の配慮	具体的に記入してください。		
これまでに認められたことのある配慮の内容・生活の状況			
その他 (就職先の相談など)			

添付書類：医師の作成した診断書の写し、

身体障がい者手帳の写し（※該当者のみ）、

- ・記入欄が足りない場合は、別紙をご用意していただいても構いません。
- ・作成に当たって、事前に学生募集要項を必ず確認してください。