

受験上の配慮申請書

令和 年 月 日

日本赤十字北海道看護大学長 様

以下のとおり、入学者選抜試験における配慮を申請します。

1. 申請者

| | | | |
|------|--------|--------|--|
| 受験番号 | | 氏名 | |
| 住所 | (〒 -) | | |
| 電話番号 | | E-mail | |

2. 障がい等の状況

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| 障がい名 (病名等) | | | |
| 障がいの 種 別 | <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 病弱・虚弱 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 添付書類 | 診断書の写し: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし そ の 他: <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし | | |
| 障がいや 疾病による 現在の状況 | 主な症状 | | |
| | 苦手なこと | | |
| | できないこと | | |

3. 受験時における配慮の希望内容 (具体的な内容を記載してください)

| |
|--|
| |
|--|

※本申請により取得した個人情報は、入学者選抜試験並びに入学後の学習指導及び学生支援関係業務において利用し、この目的以外には利用しません。

本申請書に記載した情報及び相談の過程で知りえた私の情報について、配慮の検討及び実施のために教職員間で共有することに同意します。

受験者署名 _____ 印

自署 代筆 (代筆者続柄:)