

受験および修学上の配慮を必要とする入学志願者の相談申請書

令和 年 月 日

東京女子医科大学学長 殿

東京女子医科大学を受験するに際し、下記のとおり相談申請書を提出します。

記

フリガナ		生 年 月 日
志 願 者 氏 名		昭和 年 月 日 生 平成
住 所 ・ 連 絡 先	(郵便番号 —) (電話 — —) (携帯 — —) (メールアドレス @)	
出 身 学 校	学校名： 年 月 日 卒業・卒業見込 (いずれかに○をつけてください) 電話：	
受験予定の選抜区分	学校推薦型選抜(一般推薦・「卒業生子女」推薦)・一般選抜	
障害や疾病の症状等	具体的な症状等で該当する項目に○をつけてください 1. 視覚障害 2. 聴覚障害 3. 肢体不自由 4. 一時的な負傷・けが等 5. その他の症状	
医師による診断名 (病名)等		
試験当日、受験上の 配慮を希望する事項		
入学後、修学上の配 慮を希望する事項		
出身学校でとられてい た特別な措置		
日常生活の状況		

※ 医師の診断書(コピー可)又は身体障害者手帳のコピーを添付してください

※ 場合によってはご希望に添えないこともありますことをご了承ください