

年 月 日

藤田医科大学 医療科学部長 様  
藤田医科大学 保健衛生学部長 様

藤田医科大学 医療科学部・保健衛生学部 受験・修学上の配慮申請書

藤田医科大学医療科学部・保健衛生学部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 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。				
出身高校	都 道 府 県 国・公・私 立		中等教育学校 高等学校	卒業見込 卒業

志望学科・コース ※ 複数学科を予定している場合は「全て」記入してください。	<input type="checkbox"/> 医療検査 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ理学（総合型・推薦） <input type="checkbox"/> リハビリ作業（総合型・推薦） <input type="checkbox"/> リハビリ（一般・共通テスト利用）		
希望する試験区分 ※ 予定している試験は「全て」記入してください。	<input type="checkbox"/> 療藤田フロンティア <input type="checkbox"/> 保ふじた独創（A・B） <input type="checkbox"/> 推薦・特別 <input type="checkbox"/> 一般前期（A日程） <input type="checkbox"/> 一般前期（B日程） <input type="checkbox"/> 保一般後期 <input type="checkbox"/> 共通テスト利用前期 <input type="checkbox"/> 共通テスト利用後期		
【一般前期A日程の場合】 希望する会場	<input type="checkbox"/> 本学 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 浜松 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 福岡 注）名古屋会場は医療検査・看護、本学会場は放射線・リハビリ。		
配慮申請の理由 (障害の程度)	障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合 → 障がい者等級 ー 級
	大学共通テストの受験上の特別措置		<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請せず
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。		
出身学校で なされていた配慮 ・ 高校生活の状況			
その他 (国家試験、就職先等の相談)			

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）、  
大学共通テスト配慮事項審査結果通知書の写し（結果通知未着の場合は、申請書の写し）（※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。