

愛媛大学 受験上配慮申請書

志願学部・学科・研究科等		
フリガナ		出身学校名
氏名		年 月 日卒業（見込）
住所	〒	
連絡先	TEL: FAX:	Email:

該当する「□」を、黒または青のボールペンでチェックもしくは印をつけてください

障がい等の種類と程度												
視覚障がい			聴覚障がい		肢体不自由				病虚弱	発達障がい	その他	
点字による教育を受けている者	良い方の目の矯正視力が、0.15以下の者	両目による視野について視能率による損失率が90%以上の者	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60dB以上の者	左記以外で聴覚に関する配慮を必要とする者	体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者又は困難な者	上肢の機能障がいにより筆記をすることができない者又は困難な者	下肢の機能障がい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、腎臓疾患などの状態が継続して医療また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、広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がい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"/>	<input type="checkbox"/>

この欄に、受験に関して配慮を希望する理由（症状及び学校などの授業での状況等）を簡潔に記入してください。

受験上で希望する配慮内容