

疾病・負傷や障がい等がある入学志願者の事前相談

疾病・負傷や障がい（学校教育法施行令第22条の3に定める身体障害の程度）がある入学志願者で、受験上及び修学上特別な配慮を必要とする場合は、事前相談を行いますので、あらかじめ申し出てください。

| | 総合型選抜【専願】 | 一般選抜 | 地域枠選抜【専願】 |
|------|--|----------------------------------|-----------|
| 申請期間 | 2020年9月1日（日）～10月23日（金） 必着 | 2020年9月1日（日）～12月25日（金） 必着 | |
| 申請方法 | <p>下記（1）～（2）を提出してください。</p> <p>（1）事前相談申出書（本学所定の様式）</p> <p>（2）返信用封筒（長形3号封筒（120mm×235mm）に志願者の氏名・郵便番号・住所を明記し、書留速達料金809円分の郵便切手を貼付したもの）</p> <p><提出先></p> <p>〒701-0192 岡山県倉敷市松島 577 川崎医科大学 教務課 入試係 TEL (086) 464-1012</p> <p>※個人情報を含みますので、郵便事故を防ぐために書留等の追跡ができる方法で送付してください。</p> <p>※封筒表面に、必ず「事前相談申出書在中」と朱書きしてください。</p> <p>なお、提出された書類は返却しません。</p> | | |
| 結果通知 | 結果は、返信用封筒を使用し、書留速達で通知します。 | | |

川崎医科大学 事前相談申出書

西暦 年 月 日現在

| | | | |
|--|--|--------------|-------|
| フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 | (満 歳) | |
| 住 所 | 〒 — | | |
| 電話番号 | () — | | |
| 受験予定 入 試 枠 (☑すること) | <input type="checkbox"/> 総合型選抜 (中国・四国地域出身者枠) 【専願】 <input type="checkbox"/> 一般選抜 <input type="checkbox"/> 地域枠選抜 (岡山県地域枠) 【専願】 <input type="checkbox"/> 地域枠選抜 (静岡県地域枠) 【専願】 <input type="checkbox"/> 地域枠選抜 (長崎県地域枠) 【専願】 | | |
| 日常生活の状況 (疾病・負傷・ 障がい等の種類・ 程度が分かる書類 の写し等の添付も 可) | | | |
| 受験上配慮を 希望する事項 | | | |
| 修学上配慮を 希望する事項 | | | |
| 出身学校で とられていた 配 慮 事 項 | | | |