

## 受験にかかわる障がいや困りごと等 事前相談申込書

必要事項を記入し、教務課入試係の窓口、または郵送でお申し込みください。お申込みされた方へは、折り返しご連絡いたします。

フリガナ			
氏名			
学校名		学年	年
住所			
電話番号		携帯番号	
	連絡を希望される時間帯(任意) _____ 時頃		_____ 時頃
メールアドレス	<small>(アンダーバー、ハイフン等は明確にご記入ください)</small>		
受験を希望する学科(○で囲む)	九州栄養福祉大学		東筑紫短期大学
	食物栄養学科 理学療法学科 作業療法学科	保育学科 食物栄養学科	
障害・困りごとの種類	該当するものを○で囲んでください。「その他」を具体的に 視覚・聴覚・肢体・内部障害 発達障害・精神障害・その他		
相談内容 (配慮希望内容)	該当するものを○で囲んでください。		
	受験上の配慮・その他 相談内容を具体的にお書きください。		
来学希望日(任意) ※日祝除く ※土は13時まで	第一希望日 R 年 月 日 時～	第二希望日 R 年 月 日 時～	第三希望日 R 年 月 日 時～

※この用紙に記載された個人情報については、本相談のためにのみ利用し、その他の目的での利用はいたしません。

※事前相談後、受験上の配慮を申請する場合は、別途申請書、診断書などが必要になることがあります。

〔九州栄養福祉大学・東筑紫短期大学 教務課入試係〕  
 TEL 093-561-2060 (直通) 電話受付時間 平日9時～17時  
 〒803-8511 福岡県北九州市小倉北区下到津5-1-1

※大学記載欄

受付年月日                      年           月           日                      記載者