

修学上の特別措置を希望する方は、本様式に必要事項を記入し、所属希望学習センターに、簡易書留または一般書留でご郵送ください。【2月22日（火）までに郵送してください。（必着）】

修学上の特別措置願（大学院用）

年 月 日

1. 申請者

氏 名 生年月日（西暦） 年 月 日

住 所 〒.....

連絡先（電話又はFAX）： E-mail：

希望連絡方法：電話 / FAX / E-mail / 手紙 / その他（.....）

緊急連絡先（氏名）：.....（本人との関係：.....）

緊急連絡先（電話, FAX, E-mail等）：

2. 出願希望（.....年度 第.....学期）

学生の種類 修士（選科・科目）生（.....）
学習センター
サテライトスペース

3. 相談希望日（相談日は余裕を持って設定してください。なお、月曜・祝日は学習センター閉所日です。）

第1希望.....月.....日 / 第2希望.....月.....日 / 第3希望.....月.....日

4. 障がい等の状況について

①障がい等の種類（複数選択可）

- 視覚障がい 聴覚障がい 言語障がい 肢体不自由
 内部障がい（内臓機能, 呼吸器, 免疫機能等） その他の慢性疾患
 精神障がい 発達障がい その他 {

②学習する上で活動の制限、環境の制約ほか、お困りのことはございますか。

- ない
 ある（具体的にご記入ください。）

{

③修学上で、配慮して欲しい事がありますか。

- ない
 ある（具体的にご記入ください。）

{

④その他、学習を始めるにあたり、気になっていることをご記入ください。

{

裏面にも続いておりますので、ご記入をお願いします。

