年　　月　　日

群馬大学共同教育学部長　　殿

申請者（受験予定者）氏名

群馬大学特別支援教育特別専攻科入学試験受験相談書

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		
住所	〒　　－		
電話・FAX	電話（　　）　　－　　FAX（　　）　　－		
E－mail			
出身大学等名	（卒業・卒業見込）		
コース名	一種免許状取得コース		

受験に際して希望する措置（詳しく、具体的に記入してください。）

障害のある者について、その症状及び障害の状況

出身大学等での修学状況（詳しく記入してください。期末試験等で特別に配慮している措置事項についても記入してください。）

入学後に修学上又は通学上で希望する措置事項がある場合は記入してください。

※医師の診断書を添付してください。