

年 月 日

名桜大学長 殿

相 談 申 請 書

貴大学入学者選抜試験を受験するにあたり、下記のとおり相談を申請します。

記

1. 志願者氏名 _____

年 月 日生 男 ・ 女

2. 志望学部学科： _____ 学部 _____ 学科

3. 出身学校名：

年 月 日 卒業 ・ 卒業見込

4. 住 所： 〒 _____

電 話： (_____) _____

5. 受験上の配慮または希望する措置：

※ 提出前にお問い合わせ先まで連絡をお願いします

※ 医師の診断書を求める場合があります。

(お問い合わせ先) 名桜大学入試・広報課

T E L : 0980-51-1056

E-mail : nyushisodan@meio-u.ac.jp