様式9

　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　月　　日

名桜大学長　殿

相談申請書

貴大学大学院　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　専攻（　　　　　　　課程）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

（西暦）　　　　年　　 月　 　日生　　　男 ・ 女

2．出身学校名：

　（西暦）　 　　年　　月　　日　　修了 ・ 修了見込

3．住　所：　〒

電　話：（　　　　）　　　－

4．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してください。

※ 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

TEL：0980-51-1056

E-mail：nyushisodan@meio-u.ac.jp