

(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

T E L : 0980-51-1056

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