**神奈川県立保健福祉大学特別措置申請書**

|  |
| --- |
| 受付番号（記入不要） |
| 神奈川県立保健福祉大学長　殿　このことについて、下記のとおり神奈川県立保健福祉大学を受験する際の特別措置を申請します。　令和　　　年　　月　　　日ふりがな　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 志願する課程該当するものの数字を○で囲んでください | １ ヘルスイノベーション研究科　修士課程２ ヘルスイノベーション研究科　博士課程 |
| 現　　住　　所 | 〒　　　－　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　　　都道府県 |
| 障害の程度該当するものの記号を○で囲み、それ以外の障害は具体的に記してください | １ 視覚障害　　　ａ　点字による教育を受けている　　　　　ｂ　良い方の矯正視力が0.15以下　ｃ　両眼による視野について視能率による損失率が90％以上　ｄ　上記以外の視覚障害（具体的に記入）２ 聴覚障害　　　ａ　両耳の平均聴力レベルが60デシベル以上　ｂ　上記以外の聴力障害（具体的に記入）３ 肢体不自由　　　　ａ　体幹の機能障害により座位を保つことができない又は困難　ｂ　両上肢の機能障害が著しい　ｃ 下肢の機能障害により、歩行することができない又は困難　ｄ　上記以外の肢体不自由（具体的に記入）４ 発達障害　ａ　自閉症　　ｂ　アスペルガー障害　　ｃ　広汎性発達障害　　ｄ　学習障害　ｅ　注意欠陥多動性障害　　ｆ　上記以外（具体的に記入）５ その他（病弱含む）　（具体的に記入） |
| 希望する配慮（複数可）希望するすべての配慮事項に✔をしてください。 | 共通 | □試験会場への乗用車での入構　　□試験室入口までの付き添い者の同伴□付き添い者の介助（トイレ・食事等）　□付き添い者の試験時間中の控室待機□試験中の服薬(机上に置く）　 □座席を出入口付近に配置　 □トイレに近い試験室　　 |
| 視覚障害 | □点字問題用紙　□点字による回答　□窓際の明るい座席　　□照明器具の持参使用　□照明器具の大学側での準備　　□拡大鏡の持参使用　　□その他器具の持参使用（詳細は下記に記載）　□問題用紙拡大（14ポイント）　□解答用紙拡大（14ポイント）□問題用紙拡大（22ポイント）　□解答用紙拡大（22ポイント）□文字解答（別室）　　□試験時間の延長1.3倍（別室）　□試験時間の延長1.5倍（別室）※点字のみ |
| 聴覚障害 | □補聴器または人工内耳の使用（※）　　□重要事項等の文書による伝達□座席を前列に配置※補聴器または人工内耳にFM電波等の受信機能がある場合は、スイッチをきるなど。受信機の機能を利用できない状態にすること |
| 肢体不自由 | □車椅子の持参使用　　□杖の持参使用　　□特製机の持参使用□特製机の大学側での準備　　□クッション等の体幹保持に必要な用具の持参使用□その他器具の持参使用（詳細は下記に記載）　□試験時間の延長1.3倍（別室）□別室受験　　□解答用紙拡大（14ポイント）　□解答用紙拡大（22ポイント） |
| 発達障害 | □問題用紙拡大（14ポイント）　□解答用紙拡大（14ポイント）□問題用紙拡大（22ポイント）　□解答用紙拡大（22ポイント）□別室受験　　□試験時間の延長1.3倍（別室）　□重要事項等の文書による伝達 |
| 上記に該当しない事項は下記に具体的に記入してください（上記にない配慮事項、器具の持参使用、座席の位置などを下記に具体的に記入してください） |
|  |

【注意事項】１ 生年年月は西暦で、年齢は提出する年度の3月31日現在の満年齢で、それぞれ記入してください。

　　　　　　２　本紙と併せて、診断書を提出してください。診断書は、本学指定の様式又は、任意の様式（必ず本学指定の様式の内容が網羅されていること）により提出してください。

３　希望するすべての配慮事項について必要な理由を医師の診断書に明記してください。

　　　　　４　その他追加で書類（身体障害者手帳（写）等）等の提出をお願いする場合があります。