**気仙沼市立病院附属看護専門学校の入学試験に伴う配慮事項申請書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  |
| 希望配慮事項 |  |
| ※希望内容によっては、申請時期・試験会場等の理由により配慮できない場合もございます。 |
| 配慮が必要な理由（障害の程度、症状等配慮が必要な理由を具体的に記入すること） |  |
| 身体障害者手帳交付番号：　　　　　　　　　交付年月日： |
| 障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　　等級： |

※障害者手帳の写しを添付してください。

※持ち込むものがある場合は、そのすべての写真を添付してください。