

# 障害者大学推薦特別選考 推 薦 書

年 月 日

推薦者	大学・職名	
	氏 名	職印

障害者大学推薦特別選考の受験者として推薦します。

受 験 者	氏 名		性別	生 年 月 日		年齢
				昭和 平成	年 月 日生	歳
	現住所	郵便番号 — 電話番号 ( ) — 携帯番号 ( ) —				
	受験 区分		教科 (科目)		※受験番号 (記入しない。)	
	推薦理由					

※ 推薦理由欄は、必ず推薦者が記入してください。

※ 厳封の上、受験者に渡してください。

[受験者記入欄]

障害者 手帳	交付機関	都・道・府・県	交付年月日 年 月 日
	交付番号	第 号	(更新年月日 年 月 日)
	障害名及び等級		

受験に際して希望する事項

点字受験希望	あり	なし
手話通訳希望	あり	なし
車椅子使用希望	あり	なし
その他、受験に際して希望する事項		