

| | |
|----------------|---|
| (試験区分を○で囲むこと) | 試験区分 第一次募集 ・ 追加募集 |
| (該当するものに☑すること) | <input type="checkbox"/> 一般入試 <input checked="" type="checkbox"/> 社会人入試 (該当者は下記にもチェックしてください。) <input checked="" type="checkbox"/> 通常コース(2年) <input type="checkbox"/> 長期履修コース(3年) |

| |
|------------|
| 受験番号(記入不要) |
|------------|

令和6年度 関西医科大学大学院医学研究科修士課程入学願書

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------|------------------|---|
| 志望研究分野 | 専攻 | 医科学専攻 | | | |
| | 研究分野名 | 先端医科学 分野 | | | |
| | 指導予定教員 | ●●●● (印) | | | |
| ふりがな | かんさい いちろう | | 本籍 | 都道府県または国籍 大阪府 | 写真貼付欄 (4.5cm×3.5cm以内) 3ヶ月以内に撮影のもの。 裏面に氏名を記入すること。 |
| 氏名 | 関西 一郎 | | | | |
| ローマ字表記 | Ichiro Kansai | | | | |
| 生年月日 | 昭和○○年○○月○○日生 (満○○歳) (西暦○○○○年) | 性別 | 男・女 | | |
| 合否の結果及び 本学からの連絡 を受け取る場所 | (〒○○○-○○○○) | | | | |
| | ○○市○○町○-○ | | | | |
| | TEL | ○○-○○○○-○○○○ | 携帯電話 | ○○○-○○○○-○○○○ | |
| | e-mail | ○○○○○○○○@○○○.ne.jp | | | |
| 勤務先 | (名称) 関西医科大学附属病院整形外科 | | | | |
| | (〒○○○-○○○○) ○○市○○町○-○ | | | | |
| | TEL 072-804-0101 (内○○○○) | | | | |
| 最終学歴 | 大学 | 平成○○年3月31日 | | | |
| | | ○○大学 ○○学部 ○○学科 卒業 ・卒業見込 | | | |
| | その他 | 年 月 日 | | | |
| | | 卒業・卒業見込 | | | |
| | | 年 月 日 | | | |
| 大学評価・学位授与機構 学士 認定修了・認定修了見込 | | | | | |
| 保証人 | ふりがな | かんさい たろう | 続柄 | 父 | |
| | 氏名 | 関西 太郎 | 職業 | 医師 | |
| | 現住所 | (〒○○○-○○○○) ○○市○○町○-○ | TEL | ○○-○○○○-○○○○ | |

裏面の志望理由について、指導予定教員に確認を取ったうえで、必ず押印をもらってください。

関西医科大学大学院医学研究科へ入学志望につき、所定の書類を添えてお願いいたします。

令和 ○年 ○○ 月 ○○

自署

氏名(自署)

関西 一郎

(印)

関西医科大学学長 殿

履 歴 事 項

| 区分 | 年 | 月 | 記載事項(高等学校以降の事項の詳細を記入) |
|---------|------|---|--|
| 学 歴 | 平成〇〇 | 4 | 私立 〇〇〇〇 高等学校入学 |
| | 平成〇〇 | 3 | 私立 〇〇〇〇 高等学校卒業 |
| | 平成〇〇 | 4 | 〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 入学 |
| | 平成〇〇 | 3 | 〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 卒業 |
| | | | |
| 職 歴 | 平成〇〇 | 4 | 〇〇〇〇株式会社 入社 必ず記入のこと |
| | | | 現在に至る |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 賞 罰 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 志 望 理 由 | | | 必ず記入のこと |
| | | | |