

(試験区分を○で囲むこと)	試験区分： <u>第一次募集</u> ・ 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 type="checkbox"/> 通常コース(4年) <input checked="" type="checkbox"/> 長期履修コース(5年) <input type="checkbox"/> 外国人入試(第一次募集のみ)

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博士課程入学願書

指導予定教授
に必ず押印を
もらってくださ
い。

志望研究分野	専攻	医学専攻					
	研究分野名	整形外科		学			
	指導予定教授	●●●●● (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	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (満 〇〇歳) (西暦 〇〇〇〇年)		性別	<u>男</u> ・女			
合否の結果及び 本学からの連絡 を受け取る場所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇-〇			TEL	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		携帯電話
	e-mail			〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp			
勤務先	(名称)	関西医科大学附属病院整形外科					
	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)						
	TEL	072-804-0101 (内〇〇〇〇)					
入学資格	大学	平成 〇〇年 3 月 31 日					
		関西医科 大学 医 学部 医 学科 <u>卒業</u> ・卒業見込					
	大学院	平成 〇〇年 3 月 31 日					
		〇〇 大学大学院 〇〇 研究科 修士 課程 <u>修了</u> ・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	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇-〇		TEL	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

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出願いたします。

令和 〇年 〇〇 月 〇〇 日

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	関西医科 大学 医学部 医 学科 入学
	平成〇〇	3	関西医科 大学 医学部 医 学科 卒業
	平成〇〇	4	〇〇 大学大学院 〇〇 研究科 修士課程入学
	平成〇〇	3	〇〇 大学大学院 〇〇 研究科 修士課程修了
職 歴	平成〇〇	〇	関西医科大学附属病院 研修医
	平成〇〇	〇	関西医科大学附属病院 研修修了
	平成〇〇	〇	関西医科大学附属病院 整形外科研究医員
	平成〇〇	〇	〇〇〇〇病院へ出向
	平成〇〇	〇	〇〇〇〇病院から帰向
			現在に至る
賞 罰	平成〇〇	〇	関西医科大学「水野孝子賞」授与

必ず記入のこと

※以下は医師、歯科医師の場合のみ記入

国家試験	合格回・年月	医籍・歯科医籍 登録番号	
(○)医師 ()歯科医師	第 〇〇 回	第 〇〇〇〇〇〇〇〇号	
	平成〇〇年 3月 合格		
臨床研修	研修病院名	研修期間	(該当するものを○で囲むこと)
	関西医科大学附属病院	平成〇〇年 〇月) 平成〇〇年 〇月	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">修了</div> 研修中(修了見込) 未修了