

(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)
※一般・社会人入試選択者のうち、がんブロコース希望者は右にも☑すること <input type="checkbox"/> がんブロ	

受験番号(記入不要)

令和7年度 関西医科大学大学院医学研究科博士課程入学願

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		
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)			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	
	〇〇市〇〇町〇-〇				
	TEL	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	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	
	大学院	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	
<p>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。</p> <p>令和 〇年 〇〇 月 〇〇 日 自署</p> <p>氏名(自署) 関西 一郎 印</p>					

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 必ず記入のこと
			現在に至る
賞 罰	平成〇〇	〇	関西医科大学「水野孝子賞」受賞

※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 \ 〇月 平成〇〇年 〇月	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">修了</div> 研修中(修了見込) 未修了