

(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	受験番号(記入不要)
(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、各コース希望者は右にも☑すること ※ダブルディグリーコースに☑する場合は長期履修選択不可		<input type="checkbox"/> がんぷろ <input type="checkbox"/> トリノダブルディグリー <input type="checkbox"/> ヴェネツィアダブルディグリー

令和8年度 関西医科大学大学院医学研究科博士課程

各講座等が開設している研究分野の名称は募集要項または下記URLからご確認ください。
<https://www.kmu.ac.jp/faculty/graduate/index.html>

志望研究分野	専攻	医学専攻	
	研究分野名	眼視覚	学
	指導予定教授	●●●●	①
ふりがな	かんさい いちろう		都道府県または国籍
氏名	関西 一郎		本籍
ローマ字表記	Ichiro Kansai		大阪府
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
現住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)		3ヶ月以内に撮影のもの 裏面に氏名を記入すること
	〇〇府〇〇市〇〇町〇-〇		

指導予定教授に必ず押印をもらってください。
(4.5cm×3.5cm以内)

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.co.jp		

勤務先	勤務先名	関西医科大学附属病院眼科	
	住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)	
	TEL	072-804-0101 (内〇〇〇〇)	合否通知等は勤務先に送付を希望する()

入学資格	大学	令和 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	令和 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)	TEL	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		〇〇市〇〇町〇-〇		

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

①

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
	令和〇〇	4	関西医科大学 医学部 医学科 入学
	令和〇〇	3	関西医科大学 医学部 医学科 卒業
	令和〇〇	4	〇〇 大学大学院 〇〇 研究科 修士課程入学
	令和〇〇	3	〇〇 大学大学院 〇〇 研究科 修士課程修了
職 歴	令和〇〇	〇	関西医科大学附属病院 研修医
	令和〇〇	〇	関西医科大学附属病院 研修修了
	令和〇〇	〇	関西医科大学附属病院 眼科研究医員
	令和〇〇	〇	〇〇〇〇病院へ出向
	令和〇〇	〇	〇〇〇〇病院から帰向 必ず記入のこと
			現在に至る
免許・資格	令和〇〇	〇	医師免許 取得(医籍登録番号第〇〇〇〇〇〇〇〇号)
※医師、看護師等 医療関係資格も 本欄に記載 (登録番号も併記)			
賞 罰	令和〇〇	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

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	令和〇〇年 〇月) 令和〇〇年 〇月	<input checked="" type="radio"/> 修了 <input type="radio"/> 研修中(修了見込) <input type="radio"/> 未修了