

**令和3年度茨城県立医療大学大学院
科目等履修生入学試験出願資格認定申請書**
(博士前期課程・博士後期課程共通)

	審査番号	(大学記入欄)
<p>保健医療科学研究科長 殿</p> <p>貴大学院保健医療科学研究科（博士前期課程・博士後期課程※）科目等履修生入学試験に出願を希望します。</p> <p>ついては、出願資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">ふりがな</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ 男・女</p> <p style="text-align: center;">昭和・平成 年 月 日生</p> <p>※該当する課程に○をつけてください。</p>		
大学院を志望する場合の専攻(領域)	大学院を志望する場合の専攻(領域)の番号に○をつけてください。 (履修希望科目を制限するものではありません。) 博士前期課程：1 看護学専攻 2 理学療法学・作業療法学専攻 3 放射線技術科学専攻 博士後期課程：1 看護学領域 2 理学療法学領域 3 作業療法学領域 4 放射線技術科学領域	
履修希望科目	履修を希望する全ての科目について、教員(専攻別教員連絡先参照)へ事前の相談をしていますか。→ (はい ・ いいえ)	
※出願する課程の「開講科目一覧表」から選択し、記入すること。		
現住所	〒 _____ 都道府県 _____ 電話番号 _____	
審査結果通知先	〒 _____ 都道府県 _____ 電話番号 _____	
緊急連絡先電話番号	_____	
最終出身学校名	学校名 _____ 年 月 卒業・修了	