**令和７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審査申請書**

**（博士前期課程・博士後期課程共通）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | 審査番号 | | （大学記入欄） |
| 保健医療科学研究科長　殿  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。  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。  　令和　年　　月　　日  ふりがな  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　男・女  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　年　　月　　日生  ※該当する課程に○をつけてください。 | | | | | |
| 大学院を志望する場合の領域（領域） | 大学院を志望する場合の領域（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 看護学領域　２ 理学療法学・作業療法学領域 ３ 放射線技術科学領域、４医科学領域  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  ※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。 | 履修を希望する全ての科目について、教員(領域別教員連絡先参照)へ事前の相談を  していますか。→ (　はい　・　いいえ　) | | | | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| 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 | | | | |

　※　本様式は、本学ホームページでダウンロード可能です。