令　和　８　年　度

学 生 募 集 要 項

助産学専攻科

茨城県立医療大学

目　　次

1　入学者受入方針（アドミッション・ポリシー） …… 1
2　募集人員 …… 1
3　実施日程 …… 1
4　出願資格 …… 1
5　出願方法 …… 2
6　出願書類 …… 3
7　入学検定料の免除等 …… 5
8　障害を有する者の事前相談 …… 5
9　選抜方法 …… 6
10　試験内容 …… 6
11　試験日程、試験科目及び試験会場 …… 6
12　受験上の注意事項 …… 6
13　合格者の発表等 …… 7
14　入学手続 …… 7
15　追加合格 …… 8
16　二次募集 …… 8
17　試験成績の情報開示 …… 8
18　入学料及び授業料 …… 9
19　奨学金制度等 …… 9
20　個人情報の取扱いについて …… １０
21　試験会場案内 …… １１

◎　**出願書類所定用紙**

○入学志願票の記入方法について …… １２
○入学志願票記入例 …… １３
○出願書類所定用紙 …… 巻末

・入学志願票
・受験票・写真票
・領収証書・検定料納付書兼領収証書
・看護師国家試験受験資格取得見込証明書
・志願理由書
・就業（見込）証明書
・推薦書

1　入学者受入方針（アドミッション・ポリシー）

本学は、人間の尊重を基本として、豊かな人間性の涵養と保健医療に関する科学分野の教育研究を行い、学術文化の向上に寄与するとともに、地域社会において広く活躍できる人材の育成を目指しています。

その達成のため、助産学専攻科においては、女性と子どもに寄り添う助産ケアを提供し、地域や社会の中で母子保健・周産期医療の発展に寄与することのできる助産師の養成を目標に掲げ、次のような要件を備えた学生を歓迎します。

（１）生命への尊厳と他者への思いやりに溢れ、かつ、知的好奇心をもって主体的に学修する姿勢を有していること。

（２）助産師として地域づくりに貢献する志と意欲を持っていること。

2　募集人員

専攻科名	入学定員	募集人員		
		学内選抜	一般入試	推薦入試
助産学専攻科	10 名	3 名程度	4 名程度	3 名程度

※実習施設確保の状況によっては、募集人員に変更が生じる場合があります。

3　実施日程

選抜区分	学内選抜	一般・推薦入試
入学検定料免除等申請期間	令和 7 年 5 月 19 日(月)～5 月 23 日(金)	令和 7 年 7 月 28 日(月)～8 月 1 日(金)
障害を有する者の事前相談〆切	令和 7 年 5 月 23 日(金)　午後 4 時	令和 7 年 8 月 1 日(金)　午後 4 時
出願期間	令和 7 年 5 月 27 日(火)～5 月 28 日(水)【必着】	令和 7 年 8 月 1 日(金)～8 月 5 日(火)【必着】
試験日	令和 7 年 6 月 13 日(金)	令和 7 年 9 月 6 日(土)
合格発表日	令和 7 年 6 月 27 日(金)　午前 11 時	令和 7 年 9 月 26 日(金)　午前 11 時
入学手続期間	令和 7 年 7 月 3 日(木)～7 月 4 日(金)【必着】	令和 7 年 10 月 2 日(木)～10 月 6 日(月)【必着】

4　出願資格

（１）学内選抜

次の項目全てに該当する女性とします。ただし、入学時には看護師国家試験に合格していることが必要です。

① 茨城県立医療大学看護学科を卒業見込の者であること。

② 茨城県立医療大学助産学専攻科を修了後ただちに茨城県内に助産師として就業する意思のある者。

（２）一般入試

次の各項目のいずれかに該当する女性で、かつ、看護師資格を有する者又は出願時において看護師国家試験の受験資格を有する者（取得見込の者を含む）です。ただし、入学時には看護師国家試験に合格していることが必要です。

① 大学（短期大学を除く。）を卒業した者又は令和 8 年 3 月までに卒業見込の者
② 学校教育法第 104 条第 7 項の規定により学士の学位を授与された者又は令和 8 年 3 月までに学士の学位を授与される見込の者
③ 外国において、学校教育における 16 年の課程を修了した者又は令和 8 年 3 月までに修了見込の者
④ 外国の学校が行う通信教育における授業科目を我が国において履修することにより当該外国の学校教育における 16 年の課程を修了した者又は令和 8 年 3 月までに修了見込の者
⑤ 我が国において、外国の大学の課程（その修了者が当該外国の学校教育における 16 年の課程を修了したとされるものに限る。）を有するものとして当該外国の学校教育制度において位置付けられた教育施設であって、文部科学大臣が別に指定するものの当該課程を修了した者又は令和 8 年 3 月までに修了見込の者
⑥ 専修学校の専門課程（修業年限が 4 年以上であることその他の文部科学大臣が定める基準を満たすものに限る。）で文部科学大臣が別に指定するものを文部科学大臣が定める日以後に修了した者又は令和 8 年 3 月までに修了見込の者
⑦ 文部科学大臣の指定した者（昭和 28 年文部省告示第 5 号）

（3）推薦入試

A 県内医療機関からの推薦

(2) の要件を満たし、かつ、次の項目全てに該当する者とします。
① 合格した場合、本学に入学することを確約できる者
② 茨城県内の医療機関で看護師又は保健師として勤務している者（勤務見込の者を含む）で就業施設の長が推薦する者
※ 一の就業施設から推薦できる人数は**2 名以内**とする。

B 県内看護系大学等からの推薦（本学を除く）

次の項目全てに該当する者で、出願時において看護師国家試験の受験資格を有する者（取得見込の者を含む）です。ただし、入学時には看護師国家試験に合格していることが必要です。
① 合格した場合、本学に入学することを確約できる者
② 茨城県立医療大学助産学専攻科を修了後ただちに茨城県内に助産師として就業する意思のある者
③ 次の a または b のいずれかを満たす者で、看護系大学または看護専修学校の代表者が推薦する者。
a 茨城県内の看護系大学を卒業見込の者
b 茨城県内の看護専修学校を卒業見込の者かつ、(2)①～⑦のいずれかを満たす者
※一の学校から推薦できる人数は**2 名以内**とする。

5 出願方法

（1）出願期間

試験区分	出願期間
学内選抜	**令和 7 年 5 月 27 日(火)～5 月 28 日(水)まで（期間内必着）**
一般・推薦入試	**令和 7 年 8 月 1 日(金)～8 月 5 日(火)まで（期間内必着）**

※ 出願期間を過ぎた場合、いかなる理由があっても受理しませんので郵送期間を十分考慮のうえ送付してください。

（２）出願手段

出願は郵送に限ります。いかなる場合も直接出願は認めません。

出願書類を一括取りそろえ、本学所定の出願用封筒（この募集要項についています）により必ず「簡易書留」で郵送してください。

（３）送付先

〒300-0394　　茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2　茨城県立医療大学教務課

（４）出願にあたっての注意事項

① 出願書類が不足している場合や、記載事項に不備がある場合、出願を受付できませんので出願の際に十分確認してください。

② 出願受付後の出願事項の変更は認めません。ただし、氏名、住所、電話番号に変更があった場合には、本学教務課まで御連絡ください。

③ 「受験票」は出願書類受付後に本人あて発送します。試験実施日の前々日になっても「受験票」が届かない場合、本学教務課まで御連絡ください。

④ 入学を許可した後であっても、出願書類の記載と相違する事実が発見された場合には、入学許可を取り消すことがあります。

⑤ 出願書類及び既納の入学検定料はいかなる場合であっても返還いたしません。

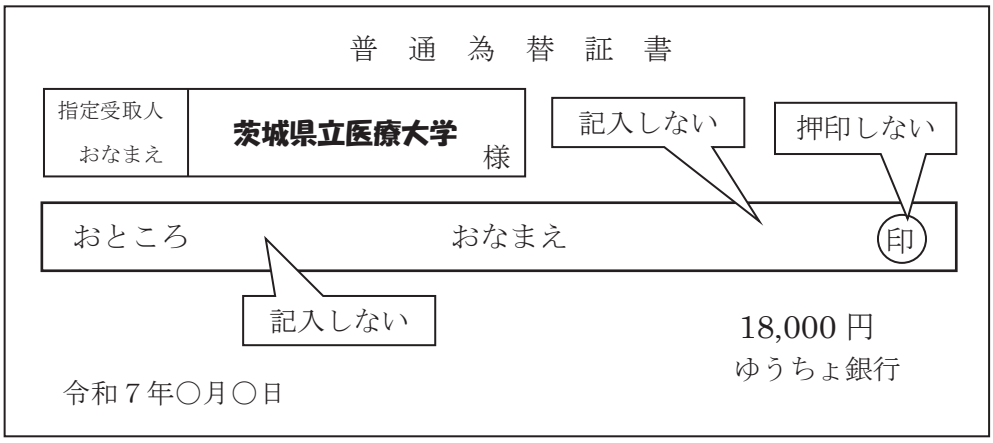
6　出願書類

書　類　等		摘　　要
1	**入学志願票**	本学所定の様式により、12 ページの「入学志願票の記入方法について」及び 13～16 ページの「入学志願票記入例」を参照のうえ、志願者本人が、必要事項を漏れなく記入してください。
2	**受験票・写真票**	本学所定の様式により、志願者本人が、必要事項を漏れなく記入してください。 縦４㎝×横３㎝の写真（正面上半身無帽、背景なし、出願前３か月以内に単身で撮影したもの）の裏面に、「助産学専攻科」及び氏名を記入し、写真貼付欄にはがれないよう全面をのり付けしてください。
3	**領収証書** **検定料納付書兼領収証書（控）**	本学所定の様式により、氏名の欄に志願者本人の氏名を記入してください。
4	**入学検定料** **※口座振込みではありませんので御注意ください。**	**18,000 円の普通為替証書に限ります。** **＊お近くのゆうちょ銀行または郵便局の貯金窓口で購入してください。** **＊指定受取人欄には「茨城県立医療大学」と記入してください。** **＊それ以外の箇所には、何も記入しないでください。** ※ 経済的理由や被災等により入学検定料の納付が困難な場合には、免除等の措置が受けられることがあります。免除等を希望される方は、各入試区分で指定された期日までに申請してください。　（P.5　7「入学検定料の免除等」を参照）
5	**卒業・修了（見込）証明書**	出身大学の所定の用紙により発行者が作成したもの。 なお、本学卒業（見込）者は、提出の必要はありません。 ※ 出願資格（２）②～⑦によって出願する者は、その資格を証する書類を提出してください。

書　類　等		摘　　要
6	**成績証明書**	看護師の資格取得に関わる出身学校の所定の用紙により発行者が作成し、厳封したもの。 なお、本学看護学科卒業（見込）者は、提出の必要はありません。
7	**看護師免許証の写し又は看護師国家試験受験資格取得見込証明書**	看護師免許取得者は、看護師免許証の写し(A4 サイズに縮小したもの) を提出してください。 看護師国家試験受験資格取得**見込**証明書は、本学所定の様式により、出身（所属）の大学等の学長又は学部長等が作成したものを提出してください。 本要項で示す内容が明記され、代表者が証明したものであれば、任意の様式でも構いません。 なお、看護師国家試験受験資格取得**見込**証明書については、本学看護学科卒業見込者は、提出の必要はありません。
8	**志願理由書**	本学所定の様式により、志願者本人が記入してください（400 字以内、横書き）。 ワープロ等で作成しても構いません。ただし、氏名は自筆としてください。
9	**受験票返送用封筒(定型)**	本学所定のものを使用してください。 郵便番号・住所・氏名を記入し、**410 円分の切手を貼付**してください。
10	**連絡用あて名票シール**	必要事項を漏れなく記入してください。
11	**出願用封筒**	本学所定のものを使用してください。必要事項を記入し、『簡易書留』で送付してください。
12	**就業(見込)証明書** **※推薦入試(県内医療機関推薦)受験者のみ**	本学所定の様式により、勤務又は勤務見込の医療機関の代表者が証明したものを提出してください。 本要項で示す内容が明記され、代表者が証明したものであれば、任意の様式でも構いません。
13	**推薦書** **※推薦入試(県内看護系大学等推薦)受験者のみ**	本学所定の様式により、卒業見込の看護系大学または看護専修学校の代表者の推薦書を提出してください。

※外国語で書かれた証明書等には、その日本語訳を添付してください。
※証明書が現姓と異なる場合、戸籍抄本等、改姓したことを証明できる書類を同封してください。

【普通為替証書の記載例】



7　入学検定料の免除等

経済的理由や被災等により入学検定料の納付が困難な場合、免除等の措置が受けられることがあります。免除等を希望する方は、次の期間内に申請してください。

（1）　申請期間

試験区分	申請期間
学内選抜	**令和７年５月19日(月)　から　５月23日(金)　まで**
一般・推薦入試	**令和７年７月28日(月)　から　８月１日(金)　まで**

（2）　提出書類：申請期間内にgakusei@ipu.ac.jpに問い合わせて、様式を入手してください。

① 入学検定料減免申請書（様式第１号）

② 家庭状況調書（様式第２号）

③ 世帯員全員の住民票

④ 市区町村長が発行する所得証明書（学内選抜：令和５年１月～12月の所得が分かるもの
一般・推薦：令和６年１月～12月の所得が分かるもの）

※市町村の所得証明書は翌年度の5～6月発行であり、学内選抜の申請期限には前年度の所得が間に合わない可能性があるため、前々年度の所得証明書の提出を求めるもの。

⑤ その他、家庭状況を証明する書類※
※ 状況により必要書類が異なりますので、様式と併せて送付されるチェックリストをご確認ください。

8　障害を有する者の事前相談

障害を有する等、受験上及び修学上の配慮を必要とする可能性のある者は、出願前にあらかじめ本学に相談してください。

なお、出願書類提出後、不慮の事故による負傷等の場合で、同配慮を必要とする者は、相談の締切日にかかわらず、速やかに相談してください。

（1）相談の〆切日時

試験区分	申請期間
学内選抜	**令和７年５月23日（金）　午後４時**
一般・推薦入試	**令和７年８月１日（金）　午後４時**

（2）相談の方法

① 直接電話等で本学に連絡し、次の（３）の提出書類により申請してください。申請に基づき本学で検討します。

② 本学において配慮が必要と認めた場合、志願者又はその立場を代弁し得る出身（所属）学校関係者等に照会を求めることがあります。

（3）提出書類

① 障害の程度等を記載した医師の診断書

② 相談申請書（本学所定の様式とします。なお、様式は本学教務課に連絡のうえ請求してください。）

9　選抜方法

学内選抜　　学業成績・面接及び出願書類によって総合的に判定します。

一般・推薦入試　専門科目試験（母性看護学）、面接及び出願書類によって総合的に判定します。

10　試験内容

（1）学内選抜

学業成績・面接及び出願書類によって総合的に判定します。

なお、学業成績に関しては、1～3 年次の成績を参考とします。

（2）一般・推薦入試

専門科目試験（母性看護学）、面接及び出願書類によって総合的に判定します。なお、各成績が一定の水準に達しない場合は不合格とします。

11　試験日程、試験科目及び試験会場

試験区分	試験日程	試験科目	時　　間	試験会場
学内選抜	令和 7 年 6 月 13 日(金)	面　接	16：45～	茨城県立医療大学 (21 試験会場案内図参照)
一般・推薦入試	令和 7 年 9 月 6 日(土)	専門科目 (母性看護学)	10：50～11：50	茨城県立医療大学 (21 試験会場案内図参照)
		面　接	13：00～	

12　受験上の注意事項

（1）試験に関する諸注意を行いますので、受験票に記載された時刻までに試験室の指定された席に着いてください。

（2）受験票を持参してください。
　なお、受験票を忘れた場合、試験開始前に試験実施本部にその旨を申し出てください。

（3）試験開始後 30 分以上遅刻した者は、受験を認めません。
　なお、交通事故その他やむを得ない事情で遅刻した者は、試験実施本部に申し出て指示を受けてください。

（4）面接開始時刻に不在であった場合、受験を認めません。

（5）試験時間中、机の上に置けるものは、受験票、黒鉛筆、シャープペンシル、プラスチック製の消しゴム、鉛筆削り、時計（時計機能だけのもの）、眼鏡、ハンカチ、ティッシュペーパー、目薬です。

（6）携帯電話や音の出る機器は、試験室に入る前に必ずアラームを解除し、電源を切ってかばんに入れてください。

（7）試験妨害行為又は不正行為があったときは、直ちに退室を命じ、その後の受験は認めません。

（8）試験終了後、問題用紙は回収します。

（9）受験票は、入学手続の際に必要となりますので、試験後も大切に保管してください。

（10）急病等に備え、健康保険証（写）を持参してください。

（11）昼食は、各自持参してください。（本学付近での食堂等の利用は困難です。）

（12）宿泊が必要な場合、各自で手配してください。

13　合格者の発表等

（１）発表日時

入試区分	合格発表日
学内選抜	令和７年６月 27 日（金）　午前 11 時
一般・推薦入試	令和７年９月 26 日（金）　午前 11 時

（２）発表方法

本学のホームページに合格者の受験番号を上記発表日時に掲載します。また、合格者には合格通知書及び手続きに必要な書類を送付します。電話等による合否の問合せには一切応じません。

○ホームページアドレス　　https://www.ipu.ac.jp

（入学手続期間終了まで掲載します。）

14　入学手続

（１）入学手続期間

入試区分	手続期間
学内選抜	令和７年７月３日（木）　から　令和７年７月４日（金）まで　（期間内必着）
一般・推薦入試	令和７年 10 月２日（木）　から　令和７年 10 月６日（月）まで　（期間内必着）

※ 持参による提出の受付時間は、午前９時から午後５時（最終日は午後４時）までです。

※ 郵送の場合も、期間内必着です。消印有効ではありません。

（２）入学手続方法

入学手続に要する書類等を取りまとめて、入学手続期間内に本学に持参するか、又は「簡易書留」で郵送してください。郵送の場合、封筒に「助産学専攻科入学手続書類在中」と朱書きしてください。

なお、入学料は所定の額を本学から発送する「納付書」により納入してください。

その他、手続に関する詳しい内容については、合格者に送付する「入学手続要項」で確認してください。

（３）入学手続先（手続場所または郵送先）

〒300-0394　　茨城県稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２
茨城県立医療大学教務課
電話番号　029-840-2107

（４）入学手続上の注意事項

① 期間内に手続を完了しなかった者は、入学を辞退したものとして取り扱います。

② 必要な書類及び入学料が全てそろっていない場合には受理できませんので、書類等の提出の際に十分確認してください。

③ 提出書類及び既納の入学料は、返還いたしません。

④ 入学手続後、令和８年３月 31 日（火）午後４時までに入学辞退の申し出がなかった者については、令和８年４月１日以降在籍していたものとして授業料を徴収します。

⑤ 推薦入試合格者がやむを得ない事情により入学できなくなった場合、本人と就業施設の長または看護系大学等の代表者が連署した「推薦入学辞退願」を提出し、本学学長の承認を得なければなりません。

15　追加合格

入学手続期間終了後、入学定員に欠員が生じた場合には、追加合格を行うことがあります。

追加合格を行う場合、以下の日時以降に入学志願票に記載された「緊急連絡先」へ電話により照会します。

入試区分	追加合格連絡日時
学内選抜	令和７年７月７日（月）９時から
一般・ 推薦入試	令和７年 10 月７日（火）９時から

追加合格者の入学手続きについては、追加合格通知の際に指示しますので、それに従ってください。

なお、不在等により意思確認ができなかった場合、入学の意思がないものとして取り扱うことがありますので御注意ください。

16　二次募集

必要に応じて、以下のとおり二次募集を実施する場合があります。

（１）学内選抜

学内選抜入試は二次募集を行いません。

（２）一般・推薦入試

実施する場合、詳細を令和７年 10 月 31 日（金）までに本学ホームページにおいて発表します。出願書類の提出先及び提出方法は、一次募集と同じです。

①入学検定料の免除申請期間

令和７年 11 月４日（火）から令和７年 11 月６日（木）まで

②身体に障害を有する入学志願者の事前相談〆切日時

令和７年 11 月６日（木）午後４時

③出願期間

令和７年 11 月 14 日（金）から令和７年 11 月 17 日（月）まで（期間内必着）

④試験日

令和７年 11 月 29 日（土）

⑤合格発表日時

令和７年 12 月 25 日（木）午前 11 時

⑥入学手続期間

令和８年１月７日（水）から令和８年１月９日（金）まで（期間内必着）

※ 持参による提出の受付時間は、午前９時から午後５時（最終日は午後４時）までです。

※ 郵送の場合も、期間内必着です。消印有効ではありません。

17　試験成績の情報開示

令和８年度入学試験の成績を、請求により本人に開示します。

ただし、不合格者が５名以下の場合開示しません。

（１）請求できる人　　受験者本人

（２）開示の内容

面接を含む試験成績の総合得点

（３）開示期間　　令和８年５月７日（木）から６月５日（金）まで

（土・日・祝日を除く、午前９時から午後５時まで）

（４）**開示場所・開示方法**

本学教務課窓口において、口頭で情報開示請求をし、本学所定の様式に記入のうえ申請してください。なお、成績は閲覧により開示するものとします。

（５）**持参するもの**　　本学受験票

（６）**その他**　　電話等による成績の問合せには一切応じません。

18　入学料及び授業料（参考：令和７年度入学者）

区　分		金　額	備　考
入学料	茨城県内の者	169,200 円	茨城県内の者とは、次のいずれかに該当する者をいいます。 イ　入学手続を行う日の属する月の初日において、引き続き１年以上県内に住所を有している者。 ロ　入学手続を行う日の属する月の初日において、配偶者又は１親等の親族が引き続き１年以上県内に住所を有している者。 ハ　知事がイ又はロに掲げる者に準ずると認める者。
	上記以外の者	338,400 円	上記イ、ロ、ハのいずれにも該当しない者。
授業料		553,500 円	入学後、第１期(４月)、第２期(10 月)の２回に分けて徴収します。

（注）①　入学料及び授業料の他に、学外実習費(交通費、宿泊費等)、ユニフォーム、教材費、学生教育研究災害傷害保険料等の費用が別途必要となります。

②　入学料及び授業料については、改定されることがあります。
授業料の改定が行われた場合、在学中であっても改定後の授業料が適用されます。

③　上記の他、感染症への予防対策として、感染症の抗体価検査及び必要に応じて予防ワクチンの接種等の費用が別途必要となります。

19　奨学金制度等

（１）**日本学生支援機構奨学金制度（参考：令和７年４月現在）**

種　別	貸与月額(令和６年度)		内　容
第一種	自宅通学	20,000 円 30,000 円 又は 45,000 円	人物学業等に優れ、経済的理由により修学困難な者
	自宅外通学	20,000 円 30,000 円 40,000 円 又は 51,000 円	
第二種	2 ～ 12 万円(1 万円刻み)から選択		

（２）入学料、授業料の減免制度

家庭の経済事情又は不測の災害などのため、入学料又は授業料の納付が著しく困難な学生に対する減免又は徴収猶予の制度があります。

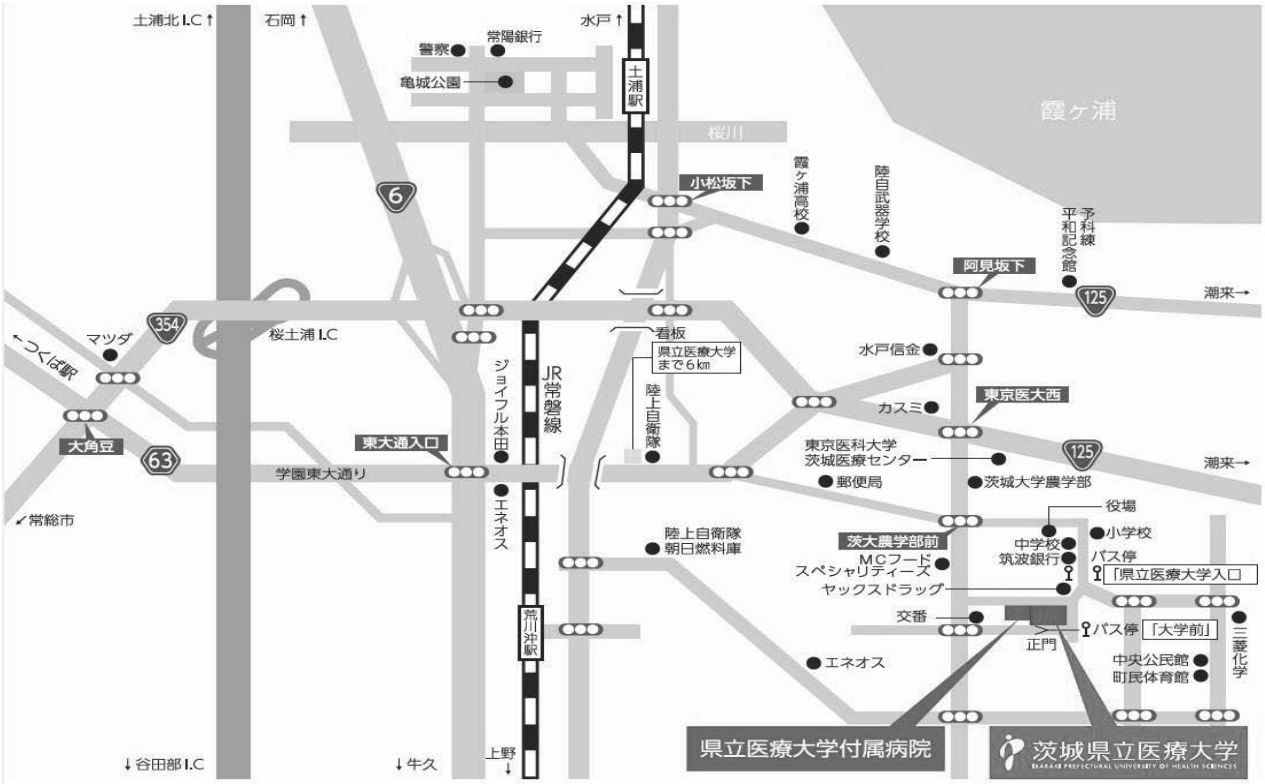
20　個人情報の取扱いについて

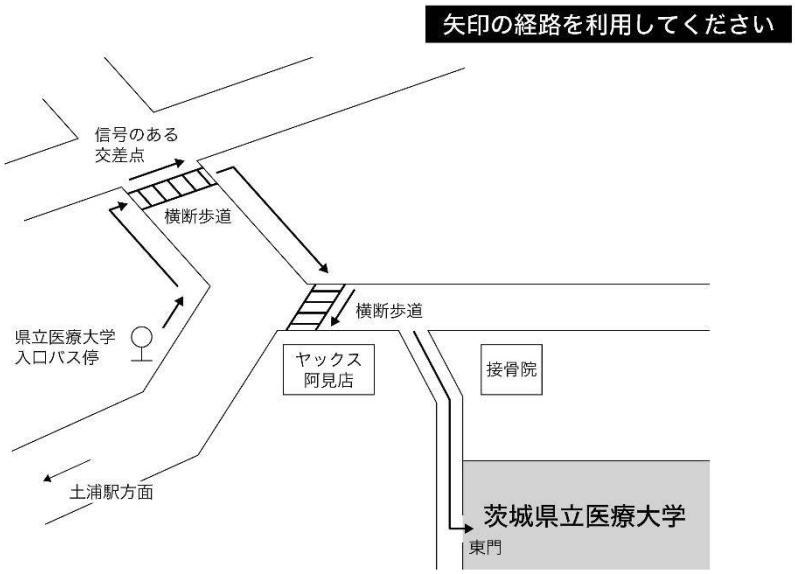
入学者選抜を通じて取得した個人情報は、本学入学者選抜に係る用途に利用します。合格者の入学後は、学生支援関係業務（学内行事の案内送付、学生の履修登録等）及び入学試験に関する調査・研究を行う目的をもって本学が管理します。他の目的での利用及び本学の関係教職員以外への提供は行いません。

21　試験会場案内

（１）　**試験会場**　　茨城県立医療大学（地図参照）

（２）　**住所**　　茨城県稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２





交通案内

- JR常磐線の土浦駅又は荒川沖駅で下車(普通電車で上野駅から約１時間、水戸駅から約50分)
- 土浦駅（西口）からタクシー又は関東鉄道バスで約25分。(バスは、西口１番乗り場から、「阿見央公民館」行きに乗り、「県立医療大学入口」下車、徒歩約８分。約20分おきに運行)
- 荒川沖駅からタクシー又は関東鉄道バスで約20分。※関東鉄道バスは、平日のみ。(バスは、東口乗り場から、「県立医療大学」行きに乗り終点で下車、徒歩約３分。平日のみ約１時間おきに運行）
- 常磐自動車道桜土浦ICから車で約15分
- 最新のバス運行に関しての問合せ先　　関東鉄道バス　029－822－5345

出願書類所定用紙

入 学 志 願 票 の 記 入 方 法 に つ い て

入学志願票の記入にあたっては、下記のことに注意して記入してください。

注１：記入はすべて黒のペン又はボールペンを使用し、丁寧に記入してください。
注２：誤って記入した場合、誤記入部分に二重線を引き、余白部分に訂正してください。
（修正液及び修正テープ等は使用しないでください。）

○氏名・・・・・・・・・・・・・・・・・ ふりがなも記入してください。
○性別・・・・・・・・・・・・・・・・・ 性別を記入してください。
○受験番号・・・・・・・・・・・・・ 本学で記入するため、記入しないでください。
〇生年月日・年齢・・・・・・・・ 生年月日及び**令和８年４月１日**現在の年齢を記入してください。
○出願資格・・・・・・・・・・・・・ 大学卒業（見込）者は、大学の卒業（見込）年月及び大学名を記入し卒業又は卒業見込のいずれかを○で囲んでください。
学士の学位を授与された者又は授与される見込の者は、学位授与（見込）年月日を記入してください。
その他の出願資格により出願を希望する者は、その他の欄に、出願資格に該当する学校名及び修了（見込）年月等を記入してください。
○履歴事項・・・・・・・・・・・・・ 学歴は中学校卒業以降について記入してください。
学歴は出願資格に係る学校名及び卒業又は修了（見込）年月等を必ず記入してください。
職歴はできるだけ詳しく記入してください。
○免許・資格・・・・・・・・・・・・ 免許・資格の種別、取得年月及び番号を記入してください。
○現住所・・・・・・・・・・・・・・・ 現在の住所と電話番号を記入してください。
○合格通知先・・・・・・・・・・・ 合格通知書を確実に受け取れるところを記入してください。
○緊急連絡先電話番号・・・ 勤務先又は携帯電話等「現住所」に記載した電話番号とは別の番号を記入してください。

〔入学志願票記入例〕

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【学内選抜】

ふりがな	いばらき　あみ		性別	受験番号	※
氏　　名	茨城　あみ		女		
生年月日	昭和・平成　１５　年　５　月　２９　日		年　　齢		２２　歳
出願資格	令和８年　３　月　茨城県立医療 大学　保健医療 学部 看護 学科　卒業見込				
履歴事項 学歴	H31年　3月	阿見町立　〇〇　中学校卒業			
	H31年　4月～ R4年　3月	〇〇立　〇〇高等学校　〇〇科　卒業			
	R4年　4月～　R8年　3月	茨城県立医療大学保健医療学部看護学科　卒業見込			
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
現　住　所	〒３００－０３９４　茨城　都道府県 稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２ 電話番号　０２９　－　８４０　－　２１０８				
合格通知先	〒　－　同　上　都道府県 電話番号　－　－				
緊急連絡先電話番号	〇〇〇　－　〇〇〇〇　－　〇〇〇〇　〔　本人携帯電話　〕				
Ｅメールアドレス	ＰＣ	ａｂｃ@〇〇〇．〇〇．〇〇	携帯	ｄｅｆ@〇〇〇．〇〇．〇〇	
就　職　希　望	上記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科を修了後、茨城県内に助産師として就職することを希望します。 本人　茨城　あみ　印 保護者　茨城　太郎　印				

【記入上の注意事項】
1　※欄（受験番号欄）は、本学で記入するため、記入しないでください。
2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

〔入学志願票記入例〕

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【一般入試】

ふりがな	いばらき　あみ		性別	受験番号	※
氏　　名	茨城　あみ		女		
生年月日	昭和・平成　１５ 年 ５ 月 ２９ 日		年　　齢	２２ 歳	
出願資格	昭和・平成・令和　８ 年 ３ 月　○○ 大学　○○ 学部　看護 学科　卒業・卒業見込				
	(学校教育法第 104 条第 7 項の規定による学士の学位授与(見込)年月日Ｒ８年　３月　１５日)				
	その他（　　）				
履歴事項 学歴	H31年　3月	阿見町立　○○　中学校卒業			
	H31年　4 月～ R4年　3月	○○立　○○高等学校　○○科　卒業			
	R4年　4月～ R8年　3月	○○大学　○○学部　看護学科　卒業見込			
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
履歴事項 職歴	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
免許・資格	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号		
現　住　所	〒３００－０３９４　茨城　都道府県 稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２ 電話番号　０２９ － ８４０ － ２１０８				
合格通知先	〒　－　同　上　都道府県 電話番号　－　－				
緊急連絡先電話番号	○○○ － ○○○○ － ○○○○ 〔 本人携帯電話 〕				
Ｅメールアドレス	ＰＣ	ａｂｃ@○○○．○○．○○	携帯	ｄｅｆ@○○○．○○．○○	

【記入上の注意事項】

1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

〔入学志願票記入例〕

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【推薦入試（県内医療機関推薦）】

ふりがな	いばらき　あみ	性別	受験番号	※
氏　名	茨城　あみ	女		
生年月日	昭和・平成　2 年　5 月　29 日	年　齢		35 歳
出願資格	昭和・平成・令和 25年 3 月　○○ 大学　○○ 学部　○○ 学科　卒業・卒業見込 (学校教育法第 104 条第 7 項の規定による学士の学位授与(見込)年月日 H25 年　3 月　１９日) その他（　　）			

履歴事項	学歴	H18年　3月	阿見町立　○○　中学校卒業
		H18年　4月～ H21年　3月	○○立　○○高等学校　○○科　卒業
		H21年　4月～ H25年　3月	○○大学　○○学部　○○学科　卒業
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
	職歴	H25年　4月～　年　月	○○ 病院　看護師（現在に至る）
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	

免許・資格	種別　看護師 取得年月　平成25年4月 番号　1234567	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号
現　住　所	〒３００－０３９４　茨城　都道府県　稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２ 電話番号　０２９ － ８４０ － ２１０８		
合格通知先	〒　－　同　上　都道府県 電話番号　－　－		
緊急連絡先電話番号	○○○ － ○○○○ － ○○○○〔 本人携帯電話 〕		
Ｅメールアドレス	ＰＣ　ａｂｃ＠○○○．○○．○○	携帯	ｄｅｆ＠○○○．○○．○○
推　薦	上記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科への進学を希望しており、推薦入学にふさわしい人物と認め、推薦いたします。 推薦者　所在地　茨城県稲敷郡阿見町阿見○○○○ 名　称　○○○○○病院 代表者 職・氏名　院長　○○　○○　印		

【記入上の注意事項】

1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

〔入学志願票記入例〕

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【推薦入試（県内看護系大学等推薦）】

ふりがな	いばらき　あみ	性別	受験番号	※
氏　　名	茨城　あみ	女		
生年月日	昭和・平成　15 年　7 月　5 日	年　　齢	22 歳	
出願資格	昭和・平成・令和　8 年　3 月　○○ 大学　○○ 学部　○○ 学科　卒業・卒業見込 専門学校　　学科 (学校教育法第 104 条第 7 項の規定による学士の学位授与(見込)年月日　R 8 年　3 月 1 5 日) その他（　　）			

履歴事項			
学歴	H31年　3月	阿見町立　○○	中学校卒業
	H31年　4月～ R4年　3月	○○立　○○高等学校　○○科　卒業	
	R4 年　4月～ R8年　3月	○○大学　医学部　看護学科　卒業見込	
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
職歴	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		
	年　月～　年　月		

免許・資格	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号
現　住　所	〒３００－０３９４　茨城　都道府県　稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２ 電話番号　０２９ － ８４０ － ２１０８		
合格通知先	〒　－　同　上　都道府県 電話番号　－　－		
緊急連絡先電話番号	○○○ － ○○○○ － ○○○○ 〔 本人携帯電話 〕		
Ｅメールアドレス	ＰＣ　ａｂｃ＠○○○．○○．○○	携帯　ｄｅｆ＠○○○．○○．○○	
推　　薦	上記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科への進学を希望しており、推薦入学にふさわしい人物と認め、推薦いたします。 推薦者　所在地　茨城県稲敷郡阿見町阿見○○○○ 名　称　○○○○○大学 代表者 職・氏名　学長　○○　○○　印		

【記入上の注意事項】

1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【学内選抜】

ふりがな			性別	受験番号	※
氏　　名					
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		年　　齢		歳
出願資格	令和　８年　３ 月　茨城県立医療 大学　保健医療 学部 看護 学科　卒業見込				
履歴事項	学歴	年　　月	中学校卒業		
		年　　月～　　年　　月			
		年　　月～　　年　　月			
		年　　月～　　年　　月			
		年　　月～　　年　　月			
		年　　月～　　年　　月			
		年　　月～　　年　　月			
現　住　所	〒　　－　　都　道 府　県 電話番号　　－　　－				
合格通知先	〒　　－　　都　道 府　県 電話番号　　－　　－				
緊急連絡先 電話番号	－　　－　　〔　　〕				
Ｅメール アドレス	ＰＣ		携帯		
就　職 希　望	上記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科を修了後、茨城県内に助産師として就職することを希望します。 本人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印 保護者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印				

【記入上の注意事項】
1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。
2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

切り取り線

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【一般入試】

ふりがな			性別	受験番号	※
氏　　名					
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		年　　齢		歳
出願資格	昭和・平成・令和　年　　月　　大学　　学部　　学科　卒業・卒業見込				
	(学校教育法第 104 条第 7 項の規定による学士の学位授与(見込)年月日　　年　　月　　日)				
	その他（　　）				
履歴事項 学歴	年　月	中学校卒業			
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
履歴事項 職歴	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
	年　月～　年　月				
免許・資格	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号		
現　住　所	〒　　－　　都　道 府　県 電話番号　　－　　－				
合格通知先	〒　　－　　都　道 府　県 電話番号　　－　　－				
緊急連絡先 電話番号	－　　－　　〔　　〕				
Ｅメール アドレス	ＰＣ		携帯		

切り取り線

【記入上の注意事項】

1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【推薦入試（県内医療機関推薦）】

ふりがな		性別	受験番号	※
氏　　名				
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	年　　齢		歳
出願資格	昭和・平成・令和　　年　　月　　大学　　学部　　学科　卒業・卒業見込			
	(学校教育法第 104 条第 7 項の規定による学士の学位授与(見込)年月日　　年　　月　　日)			
	その他（　　）			

履歴事項	学歴	年　　月	中学校卒業
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
	職歴	年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	

免許・資格	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号

現　住　所	〒　　－　　都　道 府　県 電話番号　　－　　－
合格通知先	〒　　－　　都　道 府　県 電話番号　　－　　－
緊急連絡先 電話番号	－　　－　　〔　　〕

Ｅメール アドレス	ＰＣ		携帯

推　　薦	上記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科への進学を希望しており、推薦入学にふさわしい人物と認め、推薦いたします。 推薦者　所在地 名　称 代表者 職・氏名　　印

【記入上の注意事項】
1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。
2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

切り取り線

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
入学志願票【推薦入試（県内看護系大学等推薦）】

ふりがな			性別	受験番号	※
氏　　名					
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		年　　齢		歳
出願資格	昭和・平成・令和　年　　月　　大学　　学部　　学科　卒業・卒業見込 専門学校　　学科				
	(学校教育法第 104 条第 7 項の規定による学士の学位授与(見込)年月日　　年　　月　　日)				
	その他（　　）				
履歴事項 学歴	年　　月	中学校卒業			
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
履歴事項 職歴	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
	年　　月～　年　　月				
免許・資格	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号	種別 取得年月 番号		
現　住　所	〒　　－ 都　道 府　県 電話番号　　－　　－				
合格通知先	〒　　－ 都　道 府　県 電話番号　　－　　－				
緊急連絡先 電話番号	－　　－　　〔　　〕				
Ｅメール アドレス	ＰＣ		携帯		
推　　薦	上記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科への進学を希望しており、推薦入学にふさわしい人物と認め、推薦いたします。 推薦者　所在地 名　称 代表者 職・氏名　　印				

【記入上の注意事項】
1　※欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。
2　自筆で記入してください。（黒のペン又は黒のボールペン）

切り取り線

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

受 験 票【学内選抜】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

氏 名	

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影
上 半 身 無 帽

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

受 験 心 得

(1) 本受験票は、試験当日必ず持参すること
(2) 面接控室には、午後４時３０分までに入室すること
（試験室は、午後４時１５分開場）
(3) 面接開始時刻に遅刻した場合は、係員の指示に従うこと

試験会場 ： 茨城県立医療大学
茨城県稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２
試験日 ： 令和７年６月１３日(金)
試験開始時刻 午後４時４５分

切り取らないこと

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

写真票①【学内選抜】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

ふりがな	
氏 名	

現在居住している都道府県名	都道府県

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

切り取らないこと

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

写真票②【学内選抜】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

ふりがな	
氏 名	

現在居住している都道府県名	都道府県

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

切り取り線

切 り 取 り 線

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

受 験 票【一般入試】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

氏 名	

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影
上 半 身 無 帽

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

受 験 心 得

(1) 本受験票は、試験当日必ず持参すること
(2) 試験室には、午前１０時３０分までに入室すること
（試験室は、午前１０時０５分開場）
(3) 試験開始時刻に遅刻した場合は、係員の指示に従うこと
試験開始後３０分以内の遅刻に限り、受験を認める

試験会場 ： 茨城県立医療大学
茨城県稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２
試験日 ： 令和７年９月６日（土）
試験開始時刻 午前１０時５０分

切り取らないこと

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

写真票①【一般入試】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

ふりがな	
氏 名	

現在居住している都道府県名	都道府県

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

切り取らないこと

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

写真票②【一般入試】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

ふりがな	
氏 名	

現在居住している都道府県名	都道府県

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

切り取り線

切 り 取 り 線

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

受 験 票【推薦入試】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

氏 名	

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影
上 半 身 無 帽

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

受 験 心 得

(1) 本受験票は、試験当日必ず持参すること
(2) 試験室には、午前１０時３０分までに入室すること
（試験室は、午前１０時０５分開場）
(3) 試験開始時刻に遅刻した場合は、係員の指示に従うこと
試験開始後３０分以内の遅刻に限り、受験を認める

試験会場 ： 茨城県立医療大学
茨城県稲敷郡阿見町阿見４６６９番地２
試験日 ： 令和７年９月６日（土）
試験開始時刻 午前１０時５０分

切り取らないこと

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

写真票①【推薦入試】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

ふりがな	
氏 名	

現在居住している都道府県名	都道府県

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

切り取らないこと

令和８年度
茨城県立医療大学助産学専攻科入学試験

写真票②【推薦入試】

受 験 番 号	※

専 攻 科 名	**助産学** 専攻科

ふりがな	
氏 名	

現在居住している都道府県名	都道府県

写 真 貼 付
(縦4cm × 横3cm)

写真の裏に氏名及び「助産学専攻科」と記入すること
出願前3か月以内撮影

・※印欄は、記入しないこと
・太枠内のみ記入すること
・写真は、写真票、受験票とも同一のものを貼り付けること

切り取り線

切 り 取 り 線

領収証書（助産学専攻科）

受験番号	※
氏　　名	
令和７年度歳入	一般会計
（款）使用料及び手数料	
（項）手数料	
（目）保健福祉手数料	
（節）大学入学検定	
納付金額	１８，０００　円

ただし、入学検定料として上記の
金額を受領しました。

令和７年　　月　　日

茨城県立医療大学

地方出納員　草野　康弘　　印

切り取らないこと

検定料納付書兼領収証書（控）
（助産学専攻科）

原　　符

受験番号	※
氏　　名	
令和７年度歳入	一般会計
（款）使用料及び手数料	
（項）手数料	
（目）保健福祉手数料	
（節）大学入学検定	
納付金額	１８，０００円

ただし、入学検定料として

令和７年　　月　　日　領収

茨城県立医療大学

地方出納員　　草野　康弘　　印

切り取り線

・太枠内の氏名のみを記入すること

切り取り線

受験番号	※

看護師国家試験受験資格取得見込証明書

令和７年　　月　　日

茨城県立医療大学長　　殿

下記の者は、看護師国家試験受験資格を取得する見込であることを証明する。

記

学部・学科	
氏　　名	
学籍番号	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生

名　称

代表者
職・氏名　　印

【記入上の注意事項】

1　※印欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　本様式と同内容で作成されたものでも可。

ここから切り離して提出してください

受験番号	※

令和８年度　茨城県立医療大学助産学専攻科
志　願　理　由　書

ふりがな

氏　名

切り取り線

【記入上の注意事項】

1　※印欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　400字以内、横書きとしてください。（黒のペン又はボールペン）

3　ワープロ等で作成しても構いません。ただし、氏名は自筆としてください。

受験番号	※

就業（見込）証明書

令和７年　　月　　日

茨城県立医療大学長　殿

下記の者について、次のとおり（1　現在就業している　2　令和　　年　月　日付けの採用を内定している）ことを証明します。

記

氏　　名	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生
所属部署名	
職務内容	

所在地

名　称

代表者

職・氏名　　印

【記入上の注意事項】

1　※印欄（受験番号欄）は本学で記入するため、記入しないでください。

2　本様式と同内容で作成されたものでも可。

ここから切り離して提出してください

受験番号	※

推　　薦　　書

令和７年　　月　　日

茨城県立医療大学長　殿

推薦者　所在地

名　称

代表者
職・氏名　　印

下記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科の推薦入学にふさわしい人物と認め、責任をもって推薦いたします。

記

ふりがな 志願者氏名		生　年　月　日
		昭和 平成　　年　　月　　日
推薦理由		

【記入上の注意事項】

1　推薦理由については、助産学専攻科に対する本人の適性、能力、意欲、人物や勤務状況等について、できるだけ具体的に記入してください。

2　当該推薦書は、ワープロ等で作成しても差し支えありません。ただし、様式の改変は行わないでください。

3　※印欄（受験番号欄）は、本学で記入するため、記入しないでください。

ここから切り離して提出してください

出願・受験・その他に関する問い合わせ先

茨城県立医療大学　教務課

〒300-0394　茨城県稲敷郡阿見町阿見 4669 番地 2

電　話　　(029)840-2107（教務課直通）

取扱日及び時間：月～金の９：００～１７：００

（祝休日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日は除く）