

(試験区分を○で囲むこと) 試験区分 **前期** ・ 後期

(該当するものに☑すること)  一般入試 (該当者は下記にもチェックしてください。)

がんプロフェSSIONAL履修コース

社会人入試 (下記にもチェックしてください。)

通常コース

長期履修コース

がんプロフェSSIONAL履修コース

外国人入試

受験番号(記入不要)

平成30年度 関西医科大学大学院医学研究科入学願書

志望研究分野	専攻	医科学専攻			
	研究分野名	整形外科	学		
	指導予定教授*	●●●●	◎		
ふりがな 氏名 ローマ字表記	かんさい いちろう		本籍	都道府県または国籍 大阪府	写真貼付欄 (5cm×4cm)
	関西 一郎				
	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	男・女	3ヶ月以内に撮影のもの。 裏面に氏名、出身大学を記入すること。 全面糊付けすること。	
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 )				
	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@〇〇〇〇.ne.jp			
勤務先	(名称)	関西医科大学附属枚方病院整形外科			
	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 )				
	TEL	)72 - 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 <b>卒業</b> ・卒業見込			
	大学院	平成 〇〇 年 3 月 31 日			
		〇〇 大学大学院 〇〇 研究科 修士 課程 <b>修了</b> ・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			

※本学附属の研究所における各研究分野にあつては、指導教授なき場合は、研究部門の教授或いは准教授とする。

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。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

自署

氏名

関西 一郎

シヤチハタ不可

◎

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 学科入学
	平成〇〇	3	関西医科 大学 医 学部 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 課程修了見込
職 歴	平成〇〇	〇	関西医科大学附属枚方病院 研修医
	平成〇〇	〇	関西医科大学附属枚方病院 研修修了
	平成〇〇	〇	関西医科大学附属枚方病院 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
			現在に至る
賞 罰	平成〇〇	〇	関西医科大学「櫻根啓子賞」授与
医師国家試験	合格回・年月		医籍登録番号
	第 〇〇 回		第 〇〇〇〇〇〇〇〇 号
	平成・昭和 〇〇 年 3 月 合格		
初期臨床研修	研修病院名		初期研修期間
	関西医科大学附属枚方病院		平成 〇〇 年 〇 月 ) 平成 〇〇 年 〇 月
			(該当するものを○で囲むこと)
			修了 研修中(修了見込) 未修了

必ず記入のこと

家族状況	続柄	氏名	職業	続柄	氏名	職業	
		父	関西 太郎	医師			
		母	関西 花子	主婦			
		弟	関西 次郎	会社員			