

(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)	☐ 一般入試 ☒ 社会人入試 (下記にもチェックしてください。) ☒ 通常コース(2年) ☐ 長期履修コース(3年)	

令和8年度 関西医科大学大学院医学研究科修士課程入学願書

志望研究分野	専攻	医科学専攻				
	研究分野名	先端医科学 分野				
	指導予定教員	● ● ● ● 印				
ふりがな	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 (4.5cm×3.5cm以内) 3ヶ月以内に撮影のもの 裏面に氏名を記入すること
氏名	関西 一郎					
ローマ字表記	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	<u>男</u> ・ 女		
現住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇府〇〇市〇〇町〇-〇					
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.co.jp					
勤務先	勤務先名	関西医科大学附属病院〇〇センター				
	住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇-〇				
	TEL	072-804-0101 (内線〇〇〇〇)		可否通知等は勤務先に送付を希望する()		
最終学歴	大学	令和 〇〇年 3 月 31 日				
		〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 <u>卒業</u> ・ 卒業見込				
	その他	年 月 日				
		卒業 ・ 卒業見込				
		年 月 日				
大学評価・学位授与機構		学士		認定修了・認定修了見込		
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) 〇〇市〇〇町〇-〇		TEL	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
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 <u>自署</u> 氏名(自署) 関西 一郎 印						

裏面の志望理由について、指導予定教員に確認を取ったうえで、必ず押印をもらってください。

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	令和〇〇	4	私立 〇〇〇〇 高等学校入学
	令和〇〇	3	私立 〇〇〇〇 高等学校卒業
	令和〇〇	4	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 入学
	令和〇〇	3	〇〇大学 〇〇学部 〇〇学科 卒業
職 歴	令和〇〇	4	〇〇〇〇株式会社 入社
			現在に至る
免許・資格	令和〇〇	4	理学療法士免許 取得
賞 罰			なし
志 望 理 由			
必ず記入のこと			