

(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
(該当するものに☑すること)	<input type="checkbox"/> 一般入試 <input checked="" type="checkbox"/> 社会人入試 (下記にもチェックしてください。) <input checked="" type="checkbox"/> 通常コース(2年) <input type="checkbox"/> 長期履修コース(3年)

受験番号(記入不要)

令和9年度 関西医科大学大学院医学研究科修士課程入学志望書

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○○年 ○○月 ○○日生 (満○○歳) (西暦○○○○年)	性別	<u>男</u> ・女		
現住所	(〒○○○-○○○) ○○府○○市○○町○-○				
TEL	○○-○○○○-○○○	携帯電話	○○○-○○○○-○○○○		
e-mail	○○○○○○○@○○○.co.jp				
勤務先	勤務先名	関西医科大学附属病院○○センター			
	住所	(〒○○○-○○○) ○○市○○町○-○			
	TEL	072-804-0101 (内線○○○)	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○○年 3月 31日			
		○○大学 ○○学部 ○○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	(〒○○○-○○○) ○○市○○町○-○	TEL	○○-○○○○-○○○○	
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。					
令和○○年 ○○月 ○○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 必ず記入のこと
			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