

2019年度

湘南医療大学大学院 保健医療学研究科

《入学願書・職務経歴書》

出願を希望する入試を○で囲んでください		
推薦入試	一般入試	社会人特別入試

助産師国家試験受験資格取得を希望する場合は○をつけてください	
<input type="checkbox"/>	希望します

受験番号 * ← ここには何も記入しないでください。

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	(西暦)	年	月	日生 (満 歳)
現住所	〒 _____			
	電話番号①	電話番号②		

写真貼付欄

＜写真貼付の注意＞

- 出願3ヶ月以内に撮影したものを使用
- 正面上半身無帽の写真
- 写真寸法は4cm×3cm
- 写真裏面に必ず出願学科・コースと氏名を記入し、全面にのりをつけて貼付

年	月	学 歴 (高等学校卒業からの学歴をすべて記入してください)

年	月	職 歴 (実務経験のある方のみ記入。役職・職名・診療科名等の記入してください)

年	月	免 許 ・ 資 格

- 《注意事項》
1. 写真はしっかりと糊付けしてください。また、別紙の写真票にも忘れずに糊付けしてください。
 4. 書類を送る際には、大学院の募集要項をよく読んで、不足物のないように送付してください。

事前相談者 確認欄	
担当教員名	印

受験票

※太枠内のみ記入

受験番号	
フリガナ	
氏名	
試験種別	大学院 保健医療学研究科(修士課程)
入試種別 いずれかに○	一般入試・推薦入試・社会人特別入試
入試日程 いずれかに○	I 期 平成 31 年 1 月 16 日(水) II 期 平成 31 年 2 月 26 日(火) III 期 平成 31 年 3 月 18 日(月)
試験会場	湘南医療大学

<受験上の注意>

- この受験票は、試験当日必ず持参してください。
- 試験室で着席する際、受験票の受験番号と机上の受験番号を確認してください。

写真票

※太枠内のみ記入

受験番号	
フリガナ	
氏名	
試験種別	大学院 保健医療学研究科(修士課程)
入試種別 いずれかに○	一般入試・推薦入試・社会人特別入試
入試日程 いずれかに○	I 期 平成 31 年 1 月 16 日(水) II 期 平成 31 年 2 月 26 日(火) III 期 平成 31 年 3 月 18 日(月)

写真貼付欄

- 1.正面・上半身・無背景・脱帽で縦 4cm
×横 3cm
- 2.3 ヲ月以内撮影
- 3.裏面に氏名記入

入学検定料振込連絡票

※太枠内のみ記入

受験番号	
フリガナ	
氏名	
試験種別	大学院 保健医療学研究科(修士課程)
入試種別 いずれかに○	一般入試・推薦入試・社会人特別入試
入試日程 いずれかに○	I 期 平成 31 年 1 月 16 日(水) II 期 平成 31 年 2 月 26 日(火) III 期 平成 31 年 3 月 18 日(月)
振込日	西暦 年 月 日
振込先	銀行名 みずほ銀行横浜駅前支店
	口座番号 普通預金 2737323
	受取人 ガク) ショウナンフレアイガクエン 学校法人湘南ふれあい学園

湘南医療大学 大学院
保健医療学研究科長 殿

研究指導教員希望（変更）届出書（研究予定計画書）

平成 年 月 日

学籍番号	学生氏名	希望研究領域 健康増進・予防／心身機能回復／助産学
研究指導希望教員（新規・変更）※ () 内に○を付けてください。		
第1希望	第2希望	
現在構想している研究計画・研究課題		
上記研究指導教員を希望するに至った経緯と研究課題の概要		

(様式 G-⑤)

推 薦 書

平成 年 月 日

湘南医療大学 大学院
保健医療学研究科長 殿

下記の者を、貴大学院保健医療学研究科(修士課程)に推薦いたします。

記

[受験生の氏名] _____

[推薦の理由]

病院・大学名等

職名・氏名

㊟

(様式 G-⑥)

受験許可証

平成 年 月 日

湘南医療大学 大学院
保健医療学研究科長 殿

この度、 _____ が貴大学院保健医療学研究科修士課程
(受験者氏名)
を受験することを許可します。

なお、本人が貴大学院に入学した場合、在職のまま在学することを認めます。

(所属長等の職名・氏名)

病院・機関名

所属・職名

氏名

印

(様式 G-⑦)

年 月 日

湘南医療大学大学院
保健医療学研究科長 様

長期履修申請書

出願者氏名

④

下記の理由により標準修業年限を超えた3年間での長期履修許可をお願いいたします。

記

長期履修が必要な理由を記入してください

(例) 現職看護師のため

(様式 G-⑧)

年 月 日

湘南医療大学大学院
保健医療学研究科長 様

出願資格審査申請書

貴大学大学院に入学を志望するにあたり、入学試験出願資格の審査を申請いたします。

フリガナ	
氏名 性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒 -
電話番号①	
電話番号②	
Eメール	
志望領域 (いずれかに○)	健康増進・予防領域 心身機能回復領域 助産学領域
最終学歴	大学 学部 西暦 年 月 日 卒業・卒業見込
	短期大学 学科 西暦 年 月 日 卒業
	専門学校 西暦 年 月 日 卒業
取得資格 (いずれかに○)	看護師 理学療法士 作業療法士

※裏面も記入してください。

年	月	学 歴
年	月	職 歴

上記のとおり相違ありません。

西暦 年 月 日

氏 名

印