※受験番号

推薦

**湘南鎌倉医療大学大学院　入学志願票**

西暦　　　　年　　月　　日

●志願者（選択肢は○で囲んでください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | | 男  ・女 | 写真貼付欄  縦 4cm×横 3cm上半身正面 無帽無背景  ３カ月以内撮影名票と同一写真  写真裏面に氏名記入全面糊付け |
| 氏 名 |  | |
| 生 年 月 日 |  | |
| 西暦 年 月 日 | |
|  | |
|  | 〒 － | | |
| 現 住 所  （ 連 絡 先 ） |
| TEL１ ： | TEL２ ： | | |
|  | E-MAIL： ＠ | | | |

●志願内容（選択肢は○で囲んでください。太枠内は本学研究指導予定の教員が署名・捺印します。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 志願課程 | 1.看護学研究科看護学専攻博士前期課程  2.看護学研究科看護学専攻博士後期課程 | 入試日程 |
| Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期 |
| 志願領域 | 1.リプロダクティブヘルス看護学　4.老年看護学  2.小児看護学　　　　　　　　　　5.在宅看護学  3.成人看護学　　　　　　　　　　6.公衆衛生看護学 | 入試区分 |
| 推薦入試（専願） |
| 志願領域  研究指導教員署名・捺印欄 | 事前面談を済ませ、教員の署名捺印を得た上で、出願期間内に提出してください。  （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | （西暦）  年 　 月　 日面談 |
| 長期履修制度 | 希望する ・ 希望しない | |

●出願資格・推薦資格（選択肢は○で囲んでください。出願資格となる学歴を記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願資格 | 大学　　　　　学部　　　　学科 | | （西暦）　　　年　　月 | 卒業・卒業見込 |
| 大学大学院　　　　　　　研究科 | | （西暦）　　　年　　月 | 修了・修了見込 |
| 大学評価・学位授与機構　（　　　　　学）の学位 | | （西暦） 年　　月 | 取得・取得見込 |
| その他 |  | | |
| 推薦資格 | 1.本学卒業(修了)者  2.本学卒業（修了）見込者  3.本学の指定する保健医療・福祉関連機関に勤務する看護職者  4.本学の指定する教育機関等に勤務する看護職者 | | | |
| 学籍番号 | 推薦資格1・2に該当する方は学籍番号を記入してください。 | | | |
| 勤務先名称 | 推薦資格3・4に該当する方は所属する法人名・部署名を記入してください。 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※出願資格  適用条項 | 1 | 2 | 3 | 4 |

※は大学使用欄