２０２３年度弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻（博士後期課程）

入　学　志　願　票

※受験番号	

受験区分	一　般　選　抜		
専　　攻	志　望　領　域	希望主指導教員	
保健学専攻			
被ばく医療コース選択の有無	被ばく医療コースを　　選択する　　選択しない　（○で囲んでください） 注）選択する場合，希望指導教員の了解が必要となります。		
ふりがな		生　年　月　日	性　別
氏　　名		昭和 平成　　年　　月　　日生（満　　歳）	男・女
現住所	〒 電話番号　　（　　）		
連絡先 （合格通知先）	〒 電話番号　　（　　）		
出願資格	大　　学	昭和・平成・令和　　年　　月　卒業・卒業見込 大学　　学部　　学科（専攻・課程）	
	大学院	昭和・平成・令和　　年　　月　修了・修了見込 大学院　　研究科　　専攻	
	独立行政法人大学改革支援・学位授与機構（大学評価・学位授与機構）	学士の学位取得（昭和・平成・令和　　年　　月） 学士（　　学）（第　　号）	
	そ　の　他		
医療関係取得免許	取得免許：　　昭和・平成・令和　　年　　月（免許番号　　）		
	取得免許：　　昭和・平成・令和　　年　　月（免許番号　　）		
	取得免許：　　昭和・平成・令和　　年　　月（免許番号　　）		
	取得免許：　　昭和・平成・令和　　年　　月（免許番号　　）		
長期履修制度希望の有無	長期履修制度を　　希望する（履修期間は４年・５年・６年）　　希望しない		

【記入上の注意】

１．※印の欄は記入しないでください。

２．外国人留学生は、国籍および在留資格を確認できる書類で証明した氏名を記入してください。

氏　　名	

履　　歴　　事　　項		
区　分	年　　月	事　　項
学　歴	昭・平・令　　年　　月	立　　高等学校（中等教育学校）卒業
	昭・平・令　　年　　月	入学
	昭・平・令　　年　　月	卒業・卒業見込
	昭・平・令　　年　　月	入学
	昭・平・令　　年　　月	修了・修了見込
	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
職　歴	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
	昭・平・令　　年　　月	
学会及び社会における活動経験等		

【記入上の注意】

1．学歴欄は高等学校・中等教育学校卒業以降の学歴を記入し，自宅学習や予備校等は記入しないでください。
　大学及び大学院は，学部・学科（専攻・課程）及び研究科・専攻まで記入してください。

2．職歴欄は，勤務先，勤務部署，職名等を記入してください。

3．学会及び社会における活動経験等欄は，経験がある場合はその概要について記入し，経験がない場合は「なし」と記入してください。