

事前相談等連絡票

**京都府立医科大学大学院保健看護学研究科保健看護学専攻（博士後期課程）
令和5年度出願志望者**

貴大学院の令和5年度入学を志望するにあたり、以下のとおり事前相談を希望しますので、よろしくお願ひします。

ふりがな 氏名		年齢	歳	性別	男・女
連絡先	〒 _____ TEL: 自宅 _____ 携帯 _____ FAX: _____				
志望内容	出願資格	出願志望研究分野名	教員名		
事前相談 希望日時	第1希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~			
	第2希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~			
	第3希望	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~			

(注1) 上記太線枠内を記入の上、メールまたはFAXにより送信してください。(やむをえない場合は郵送可)

なお、連絡を確実なものとするため、送付後、電話により受理された旨を必ず確認するようにしてください。

送信先：メールアドレス：nyushi@koto.kpu-m.ac.jp

FAX番号：075-251-5216

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路 上る 梶井町 465

京都府立医科大学事務局教育支援課入試係

TEL 075-251-5167

(注2) 「年齢」は、令和5年4月1日現在のものを記入してください。

(注3) 「連絡先」は、確実に連絡がとれるところ(携帯電話を含む)を記入してください。

(注4) 「出願資格」は2頁を参考の上、該当する番号を記入してください。

(注5) 「出願志望専攻分野名」及び「教員名」は12頁を参考の上、記入してください。

(注6) 「事前相談希望日時」は、土日祝を除く9時から17時の間で、記入してください。

※ 本書式は、本学ホームページ https://www.kpu-m.ac.jp/doc/examination/exam_daigakuin/hokenkango.html から入手可能です。