　博士後期課程

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７年度出願志望者 | | | | | | | | | |
| 貴大学院の令和６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、よろしくお願いします。 | | | | | | | | | |
|  | ふりがな |  | | 年齢 | | 歳 | 性別 |  |  |
| 氏 名 |  | |
| 連　絡　先 | 〒    　　TEL： 自宅　　 ‐　 　‐　　　　携帯　 　‐ 　　‐  　　FAX：　　‐　‐　　　　Email | | | | | | |
| 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により送付してください。（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してく  ださい。  送信先：メールアドレス：[nyushi@koto.kpu-m.ac.jp](mailto: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７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４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２１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　「保健看護学研究科入試情報」欄から入手可能です。 | | | | | | | | | |
|