　　博士前期課程

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(博士前期課程)  令和８年度入学志望者：事前相談等連絡票 | | | | | | | | | | |
| 貴大学院の令和８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 | | | | | | | |
| 志望先 | 出願資格 |  | 研究領域・コース | | | | 教員名 | |
|  | 第１志望 |  | | | |  | |
| 第２志望 |  | | | |  | |
| 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 ～ | | | | | | |
| ※　専門看護師コースを志望する場合は、志望先の研究領域欄に記載すること。  （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。  送付先：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）「志望先」の「出願資格」は３～４頁を参考の上、該当する番号を記入してください。  （注５）「志望先」の「研究領域」「教員名」は１７頁を参考の上、志望する研究領域及び教員名を  記入してください。（第２志望については、志望する場合のみ記入すること。）  （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。 | | | | | | | | | | |