

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」は3~4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 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。