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８年度出願志望者 |
| 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.jpＦＡＸ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。 |
|