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９年度入学志望者：事前相談等連絡票

貴大学院の令和９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 氏名		年齢	歳	性別	
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９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[illegible]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。