

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9年度出願志望者

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、よろしくお願ひします。

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

FAX番号：075-251-5216

〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路の梶井町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日時点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17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。

※ 本様式は、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。