2024年度

 様式４

　　　　＊大学院使用欄（記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ＊ |

国際医療福祉大学大学院　医学研究科

**出願資格審査申請書**

この度、貴大学院を受験いたしたく、出願書類一式を添えて出願資格の審査を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 西暦　　 　　　　　　 　年　　　　　　月　　　　　　日　 | 年　齢 |  　　　歳 |
| 課程・専攻分野 |

|  |  |
| --- | --- |
| 専門職学位課程　公衆衛生学専攻 | 分野 |

 |
| 住所 | 〒　　　　　　 　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　 　－ 　 　　 　　－ |
| 審査結果の連絡先※1 | 上記住所と同一の場合は記入不要〒　　　　　　 　－　　 TEL　　　　　　　　 　 －　 　　 　　－ |
| 入学検定料の返金先※2 | 振込先 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　 　　　　支店 |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 口座名義人住所 | 〒　　 　　－　　TEL　　　　　 　 　　－　　 　 　－ |

※1 平日の昼間に連絡可能な連絡先を記入してください。

※2 審査の結果、出願が認められなかった場合のみ返金します。

|  |
| --- |
| 大 学 院 使 用 欄 |
|  |  |