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 | |
|  |  |