

2026年度

\*大学院使用欄（記入不要）

## 国際医療福祉大学 大学院 医学研究科志願票

受験番号

\*

フリガナ				性別		
氏名				男・女		
生年月日	西暦	年	月	日	年齢（出願時）	才
出願資格に 該当する学歴	学校名			【写真貼付欄】 1. 3ヶ月以内に撮影した もの 2. 正面上半身無帽 3. たて4cm×よこ3cm 4. 背景なし 5. 写真裏面に氏名を明記 6. 完全貼付		
	学部・学科 研究科・専攻名					
	在学期間：西暦			年	月	～
	卒業・卒業見込・修了・修了見込					
最終職歴	勤務先名・部署・職位					
	在籍期間：西暦			年	月	～
	退職・退職予定・在職中					
※該当者のみ チェック	<input type="checkbox"/> 本学卒業（見込）・修了（見込）者			本学在籍時の学籍番号		
	<input type="checkbox"/> 本学教職員、本学附属・関連施設勤務（予定）者			<input type="checkbox"/> 本学関連大学・専門学校卒業（見込）者		
現住所 （入試日程連絡先・ 受験票等の送付先） ※正確に記入すること	〒					
	TEL： - -			携帯電話： - -		
	E-mail： @					
課程 専攻 分野 領域	専門職学位課程 公衆衛生学専攻	【分野】希望する分野に○をつけてください		領域		
		国際保健・感染症分野				
		医療福祉政策・管理学分野				
	疫学・社会予防医学分野					
	博士課程 医学専攻	【分野】希望する分野に○をつけてください				
		基礎医学研究分野				
社会医学研究分野						
	臨床医学研究分野		【研究領域】希望する研究領域を記入してください			
1.事前相談対応者				2.希望する指導教員		
試験時の 言語選択	一般入試・学内推薦入試	日本語	一部英語	留学生入試		日本語
	面接試験※1			面接試験※2		
				専門科目試験※3		
授業の主たる受講地	1. 大田原	2. 成田	3. 東京赤坂	4. 小田原	5. 熱海	6. 福岡
	7. 大川					
入試区分	1. 一般入試 2. 留学生入試 3. 学内推薦入試(医学専攻のみ)					
出願資格	( ) 募集要項の出願資格(1)～(10)を記入すること ※出願資格審査申請 (有・無)					
医療・保健・福祉 および語学に 関係する 取得免許・資格	名称	名称	名称			
	取得年月 西暦	取得年月 西暦	取得年月 西暦	年	月	年
	年	月	年	月	年	月

電話番号/E-mail アドレスは、入試日程調整等に使用しますので必ず連絡がとれるものを正確にご記入ください。

※1 一般入試・学内推薦入試の面接試験は希望する者には一部英語による面接を行う。試験時の言語を必ず選択すること。

※2 留学生入試志願者は、日本語または英語による面接のいずれかを必ず選択すること。（ただし、日本語による面接にも、一部、英語での質疑応答が含まれる）。

※3 留学生入試志願者の専門科目試験は、英語または日本語による出題。いずれかを必ず選択すること。

