|  |
| --- |
| **研究生（医学部）入学手続きについて** |

提出締切日：毎月２０日

**※入学する月の前月医学部教授会での承認を受けることが必要です。**

出願の際、下記書類を提出して下さい。

記

１．　願書

２．　履歴書・・・写真は３ヶ月以内のものとする

３．　最終学歴　卒業（修了）証明書・・・・・・・原本で６ヶ月以内に発行されたものとし、外国人の場合、日本語又は英語で記されたものとする。

４．　身元保証書

５．　承諾書（所属機関長の承諾印のあるもの）・・・勤務先のある場合

６．　振込明細書（写）　納付金１１万円

（内訳：検定料５千円・入学金５千円・授業料１０万円）

※納付金を出願期間内に必ず本人名義で振込ください。

※振込依頼人の前に「ケンキユウセイ」と入力してください。

　　金融機関　三井住友銀行

　　支店名　　西宮支店

　　預金種別　普通

　　口座番号　０９０１０８４

　　口座名義　学校法人兵庫医科大学学納金口

　　カナ） 　 ガク）ヒヨウゴイカダイガク

７．　年度途中入学理由書（様式自由）・・・・５月以降に入学を希望する場合は学長宛に指導教員が作成のこと。

８．　外国人の場合、パスポートの写し・在留カードの写し及び「学校法人兵庫医科大学　安全保障輸出管理規程」10条第1項に基づく「チェックリスト」を提出すること。

https://www.hyo-med.ac.jp/internal/corporate/soumu/annpokanri/annpokanri.html

* **研究生証について**

研究生証（ＩＣカード）が必要な場合は別途ご連絡ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上

西宮教学課（６１６３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指導教員認　　印 | |  | | | No. | | | | |
| 年　　月　　日  **願　　　　　　　書**  兵 庫 医 科 大 学 長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印  私はこのたび、貴学研究生（医学部）として入学を志願しますので、  許可くださるようお願いします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　記 | | | | | | | | | |
| ふ　り　が　な  氏　　　　名  生 年 月 日 | | | | 年　　月　　日　　　　　男　・　女 | | | | | |
| 本籍地 | | | | 県（府） | | | | | |
| 現住所 | | | | 〒    TEL ( ) | | | | | |
| 研究題名 | | | |  | | | | | |
| 指導教員名 | | | |  | | | | | |
| 学位の種類 | | | |  | | | 授与年月日 | 年　　月　　日 | |
| 医師国家試験 | | | | 年　月　日合格　　　医師免許証番号（　　　　　　　号） | | | | | |
| **履　　歴　　書**  　　本籍（都道府県名）  　　現住所  　　　（ふりがな）  　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | 写　　真 | |
|  | |
|  | 年　月　日 | | | | | 内　　　　　容 | | | | |
| 学　歴  大学入学以降年次を追って記入のこと。 |  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
| 職　歴  および  研究歴 |  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
| 賞　　　　罰 | | | | | |  | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | |

**身　元　保　証　書**

兵 庫 医 科 大 学 長　殿

　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生

　　　　　　　　　　　　　 本籍地（都道府県名）

　　　　　　　　　　　　　　現住所

　今般、上記の者が研究生(医学部)としてご承認いただければ、その身元を保証し、貴学研究生としての期間中のすべての責任は、私が保証いたします。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　保証人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　　日生

本籍地（都道府県名）

　　　　　　　　　　　　　　　現住所

　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係　　　　　　　　職業

　注　１）保証人を変更する場合は、直ちに保証人変更届を提出すること。

　　　２）保証人は必ず日本在住の者とすること。

|  |
| --- |
| 年　　月　　日  兵庫医科大学長　殿  所属機関名  　　　　　　　　　　　　　　所属長名  **承　　　　諾　　　　書**  下記の者が本務に支障のない範囲において、当機関に在籍の  まま貴学研究生(医学部)として、下記の日数研究に従事することを認  めます。  記  職　　名  氏　　名  　　従事日数　　　　　　　　　　日／週  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上 |