|  |
| --- |
| **特別研究生(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

1. 履歴書・・・写真は３ヶ月以内のものとする
2. 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。
3. 身元保証書
4. 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
5. 振込明細書（写）　納付金１万円

（内訳：検定料５千円・入学金５千円）

※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

1. 研究生の授業料免除願（週当りの必要研究従事日数：４日以上、本学に多大に貢献する理由を記入すること）
2. 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。

９． 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-ed.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  　　 研究生（医学部）として入学いたしたいので、所定の書類および検定料を添えて出願いたします。  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

　私は、上記の者が貴学に入学いたしましたうえは、学則および諸規則を固く守らせるとともに同人の在学中その一身にかかわる一切の責任を負い貴学にご迷惑ご損失をかけないことを保証いたします。

　　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）として研究に従事することを認めます。  記  職　　名  氏　　名  従事日数　　　　　　　　日（全日）／週  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上 |

　　年　　月　　日

学　　　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署

　　　　　　　　　　　　　　　　指導教授

**研 究 生 の 授 業 料 免 除 願**

下記の者については、研究生（医学部）の授業料免除が適当と認めますので、

許可していただけますよう、お願いします。

記

　氏　　名

　在学期間　　　　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日

　従事日数　　　　　　日（全日）／週

　常勤の勤務先　　なし　・　あり（勤務先名：　　　　　　　　　　）

※常勤の勤務先がある場合は所属長の承諾書を提出してください。

免除理由（本学に多大に貢献する理由を記入すること）

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上