

目次

事前出願資格審査申請書.....	2
志望理由書（事前出願資格審査用）	4
入学志願票.....	6
志望理由書（入学願書用）	8
入学志願者健康診断書	10
受験許可並びに就学承諾証.....	11
実務経験証明書	12

※印刷はすべて日本工業規格 A4 縦型としてください。

※受験票・写真票、受験票返信用封筒、入学検定料振込用紙は本学所定の
用紙を使用してください。

ダウンロードはできないため、本学に請求してください。

※各様式の表は崩さないよう書類を作成してください。

表面と裏面があるものは、両面長辺とじで印刷するようにしてください。

高崎健康福祉大学大学院 保健医療学研究科

事前出願資格審査申請書

年 月 日

高崎健康福祉大学 学長 須藤 賢一 殿

大学院保健医療学研究科の事前出願資格審査を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

専攻・課程	保健医療学研究科		理学療法学専攻		修士課程	
	志望分野		志望領域		指導教員	
フリガナ			性別	男 ・ 女 <small>(○で囲む)</small>		
氏名						
生年月日	年	月	日生(歳)			
本籍地	都 道 府 県					
外国籍						
現住所 (連絡先)	(〒 -)					
	TEL ()	-	携帯 ()	-		
最終学歴	_____大学 _____年 _____月 卒業・卒業見込 _____学部 _____学科					
	その他 _____専門学校・大学校・短期大学 _____学科 _____年 _____月 卒業・卒業見込					
資格・免許 (証明書等の コピーを添付)	理学療法士	第_____号	_____年	_____月	_____日交付	
	_____	第_____号	_____年	_____月	_____日交付	
	_____	第_____号	_____年	_____月	_____日交付	
現職						

(表面)

履 歴			
(高等学校以降を記入) 学 歴	入学年月	卒業年月	教育施設名 (学科・専攻等)
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
職 歴	入職年月	退職年月	保健医療機関や施設名 (所属・職位)
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	

- (注) 1. 年月は西暦で記入すること
2. 学歴欄は、高校以降を記入すること。また学校名・学部・学科・専攻等も付記すること。
3. 職歴欄は、機関・施設に勤務していない期間も記入すること。
4. 職歴欄は、保健医療機関・施設以外の勤務も記入すること。

高崎健康福祉大学大学院 保健医療学研究科

入学志願票

年 月 日

		受験番号		※	
専攻・課程	保健医療学研究科		理学療法学専攻		修士課程
	志望分野		志望領域		指導教員

フリガナ			性別	男 ・ 女 (○で囲む)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 写真貼付欄 1. 縦 4 cm × 横 3 cm 2. 裏面に氏名・志望分野・領域名を記入 </div>
氏名					
生年月日	年	月	日生 (歳)		
本籍地	都 道 府 県				
外国籍					
現住所 (連絡先)	(〒 -)				
	TEL ()	-	携帯 ()	-	
最終学歴	_____大学・大学院 _____年 _____月 卒業(修了)・卒業見込(修了見込) _____学部・研究科 _____学科・専攻 その他 _____専門学校 ・ 大学校 ・ 短期大学 _____学科・専攻 _____年 _____月 卒業 ・ 卒業見込				
資格・免許 (証明書等の コピーを添付)	理学療法士 第_____号 _____年 _____月 _____日交付 _____ 第_____号 _____年 _____月 _____日交付 _____ 第_____号 _____年 _____月 _____日交付				
現職					

(表面)

履 歴			
(高等学校以降を記入) 学 歴	入学年月	卒業年月	教育施設名 (学科・専攻等)
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
職 歴	入職年月	退職年月	保健医療機関や施設名 (所属・職位)
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	

- (注) 1. ※印欄は、本学で記入する。
2. 年月は西暦で記入すること。
3. 学歴欄は、高校以降を記入すること。また学校名・学部・学科・専攻等も付記すること。
4. 職歴欄は、機関・施設に勤務していない期間も記入すること。
5. 職歴欄は、保健医療機関・施設以外の勤務も記入すること。

高崎健康福祉大学大学院

入学志願者健康診断書

受験番号	※
------	---

※	※	※判定	検査不要・要再検・要精密
フリガナ		志望攻	
氏名			
生年月日	年 月 日		
現住所		最終出身学校	

診 断 事 項

視力	右 ・ (・) 左 ・ (・)
聴力	(右) 正 常 ・ 異 常 (左) 正 常 ・ 異 常
X線検査	異 常 な し ・ 異 常 あ り
その他の疾病 及び異常	
所見	

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

住所 (所在地)

電 話 番 号

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

®

- (注) 1 出身大学において、当該年度の定期健康診断を受診した者は、当該健康診断書（健康診断の結果を出身大学が証明したもの）提出により、本学所定の用紙による健康診断書の提出に代えることができます。
2 太線内は、志願者本人が記入して下さい。
3 ※欄は、記入しないで下さい。

高崎健康福祉大学大学院 保健医療学研究科

受験許可並びに就学承諾証

承諾証明日： 年 月 日

高崎健康福祉大学
学長 須藤 賢一 様

施設名

所属長

印

高崎健康福祉大学大学院保健医療学研究科に、下記の者が入学試験を受験することを許可し、入学を希望した場合は在職のまま就学することを承諾します。

記

1. 所属

2. 職位

3. 氏名 ふりがな

4. 生年月日 年 月 日 (満 歳)

5. 入職年月日 年 月 日

高崎健康福祉大学大学院 保健医療学研究科

実務経験証明書

高崎健康福祉大学 学長 須藤賢一 殿

フリガナ		性別	男 ・ 女 (○で囲む)	生年 月日	年 月 日生 (満 歳)
氏名					
現住所	〒 ー 電話 () ー Eメール				
実務経験期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
勤務形態					
勤務内容					

平成 年 月 日

上記記載のとおり証明します。

保健医療機関・施設所在地

保健医療機関・施設名称

保健医療機関・施設代表者

