**令和８年度**

**島根大学大学院医学系研究科**

**医科学専攻（修士課程）入学志願票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　分 | １ 推薦入試　２ 一般入試　３ 社会人入試 | 受験番号 | ※ |
| 志望するコース | １ 総合医科学コース２ がん専門薬剤師養成コース３ 地域医療支援コーディネータ養成コース４ 医療シミュレータ教育指導者養成コース | 志望する指導教員 |
|  |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日生 | 年　齢 | 　　　　歳 |
| 出願資格 | 　　　　　　 年　　　月 　　　 大学 学部　　　　　　　　　　学科卒業（見込） |
| （上記以外） |
| 本 人 の連 絡 先　（住　所） | 〒　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　　） 　－ |
| 携帯電話 | －　　　　－ |
| E-mail |  |
| 緊急時の連絡先 | 氏　　名 |  | 志願者との続柄 |  | 電話番号 | （　　　　）－ |

（注意）

　　１．年齢は令和８年４月１日現在のものを記入してください。

　　２．黒のボールペンを使用し, 楷書で記入してください。

 ３．志望するコース欄の該当する番号を必ず○で囲んでください。

　　４．本人の連絡先はアパート名等まで詳細に記入してください。

　　５．履歴事項を裏面に記入してください。

　　６．※印欄は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 |  |
| 履　　　歴　　　事　　　項 |
| 区分 | 年　　　月 | 事　　　　　　　　　　項 |
| 学歴（高校卒業（同等を含む。）以降すべて記入してください。） |  | 　　　 |
| 職歴・研究歴（すべて記入してください。） |  |  |
| 賞　　　　　罰 |  |

**島根大学大学院医学系研究科医科学専攻（修士課程）**

**自己推薦書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 志望する指導教員 |  | 受　験番　号 | ※ |
| 氏 　名 |  |
| 1. ①志望の動機及び②大学あるいは大学等で学んだ専門知識（社会人にあっては、職業歴に基づいた専門知識）の概略について記入すること。
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

注）　※欄は記入しないこと。記入欄が不足した場合は裏面に記入すること。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**推　　薦　　書**

　　年　　月　　日

島根大学大学院医学系研究科長　殿

所　　　在　　　地

 　　　 大学・勤務先名等

 大学・勤務先の長等　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者は，貴学において大学院医学系研究科医科学専攻（修士課程）の教育を受けるにふさわしい者と認めますので，入学を許可されるよう推薦いたします。

記

　氏　名

　推薦理由及び入学への適性（学業（職業）・人物を含む。）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**令和８年度島根大学大学院医学系研究科医科学専攻（修士課程）受験票**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |
| 氏　　名 |  |
| 志望する コース  | （いずれかの番号を○で囲んでください。）１ 総合医科学コース２ がん専門薬剤師養成コース３ 地域医療支援コーディネータ養成コース４ 医療シミュレータ教育指導者養成コース |
| 試験場：島根大学医学部（出雲キャンパス） |

(注意) 1.　※印欄は記入しないでください。

　　　　　　2.　受験票は机上右上に提示しておいてください。

　　　　　　3.　受験票を紛失した場合は，直ちに届け出てください。

 切りはなさないでください。

**令和８年度島根大学大学院医学系研究科医科学専攻（修士課程）写真票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

|  |
| --- |
| 写　　真縦4㎝×横3㎝写真の裏面全部に糊づけして貼ってください。 |

 |
| 氏　　名 |  |
| 志望する コース | （いずれかの番号を○で囲んでください。）１ 総合医科学コース２ がん専門薬剤師養成コース３ 地域医療支援コーディネータ養成コース４ 医療シミュレータ教育指導者養成コース |

(注意) ※印欄は記入しないでください。