

特定研究指導教員氏名

事前審査

新潟大学大学院医歯保健学研究科(博士後期課程)健康科学専攻

出願資格認定申請書

令和 年 月 日

新潟大学長 殿

申請（出願希望）者

（フリガナ）

氏 名

生 年 月 日

昭和
平成 年 月 日

住所（審査結果等連絡先）

〒 ー

自宅電話（ ） ー

携帯電話（ ） ー

〈事前審査を希望する出願資格〉

（募集要項を参照の上、該当出願資格の□に“✓”を付してください。）

- 【一般選抜, 社会人特別選抜】 (⑥ ⑦ ⑧)
- 【外国人留学生特別選抜】 (⑥ ⑦ ⑧)

〈上記出願資格に関する最終学歴・研究歴等を以下に記入してください。〉

学 歴	年 月入学
	年 月卒業 在籍中
研 究 歴	年 月から 年 月

※裏面も記入してください。

以 上

履 歴 書

(出願資格認定審査用)

		受付番号	※		
本 籍	都・道・府・県 (外国人は国籍を記入すること。)				
現 住 所	〒				
		電話番号 ()	—		
		携帯番号 ()	—		
(フリガナ) 氏 名	男 ・ 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	入学時の満年齢 (歳)
学 歴	入 学 ～ 卒 業	学 校 名		正 規 の 修 学 年 数	実 際 の 修 学 年 数
	年 月 ～ 年 月	小 学 校			
	年 月 ～ 年 月	中 学 校			
	年 月 ～ 年 月	高 校			
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
研 究 歴	研 究 期 間	研 究 機 関 名 (身 分 等)			年 数
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
職 歴	勤 務 期 間	勤 務 先 名 (職 名 等)			年 数
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				
日 本 語 学 習 歴 (外国人留 学生のみ)	履 修 期 間	教 育 機 関 名			年 数
	年 月 ～ 年 月				
	年 月 ～ 年 月				

- (注) 1. 外国人については、「学歴」欄は小学校から記入してください。
 2. 日本人については、「学歴」欄は高等学校から記入してください。
 3. 大学等での研究生については、「研究歴」欄に記入してください。
 4. ※欄は記入しないでください。