

博士

2025 年度 北里大学大学院入学願書

医療系研究科（博士）①

受験番号 ※

●志願者

ふりがな			男・女	写真貼付欄 縦 4cm×横 3cm 上半身正面 無帽無背景 3 カ月以内撮影 名票と同一写真 写真裏面に氏名記入 全面糊付け
氏名				
生年月日	西暦	年 月 日生 (満 歳)		
現住所 (連絡先)	〒	都道府県	TEL 1 ()	
			TEL 2 ()	
E-MAIL @				

●志望 *選択肢は○で囲んでください。

課程 ・ 研究科 ・ 専攻 ・ 専門分野等	医療系研究科 医学専攻 (博士課程)		入試区分		
	学 群		1. 推薦		
	専門分野	学	2. 一般入試 (期)		
	集学的がん治療実践コース <small>※コース希望者のみ○で囲んでください</small>		3. 社会人特別選抜 (期)		
志望専門分野			西暦	年 月 日	
指導教員 署名・捺印欄		印		日面談	
外国語(英語) 試験免除制度	申請しない ・ 申請する ※申請する場合は、他機関による英語能力を証明する検定結果表(写し)を提出してください。				
長期履修制度	希望しない ・ 希望する [履修期間を選択してください。(5年 ・ 6年)]				

●出願資格 *出願資格となる学歴を記入してください。

大 学 院 (または大学)	立	大学 大学大学院	学部 研究科	学科 専攻	課程
	学 士 修 士	(学) の学位取得	西暦	年 月	卒業・卒業見込 修了・修了見込
上記以外の 学 歴 等					
学 籍 番 号	本学卒業(修了)・卒業(修了)見込者は学籍番号を記入してください。				

出 願 資 格 適 用 条 項 ※	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
----------------------	----------------------------------

受付印 ※

※は大学使用欄

履 歴 書

受験番号 ※

西暦 年 月 日現在

ふりがな			男 ・ 女
氏名			

●学歴

年 月	学 校 名	卒業・入学
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

●修士論文題目（または卒業論文題目）

--

●職歴

在職期間	勤務先	所在地
(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		
(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		
(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		
(自) 年 月 日 (至) 年 月 日		

●国家資格・免許

登録年月日	資格・免許の種類	番号
年 月 日		第 号
年 月 日		第 号
年 月 日		第 号
年 月 日		第 号

●賞罰

年 月 日	項目名
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

1. 年は西暦で記入してください。
2. 学歴は、**中学校卒業以降の学校名**を記入してください。外国人志願者は小学校入学から記入してください。
3. 大学等での研究生等として在学歴がある場合には、その期間も学歴欄に記入してください。
4. 学歴は卒業見込み、修了見込みの場合も記入してください。
5. 履歴中に虚偽の事項を記載し、または記載すべき事項を記入しなかったことが判明した場合には入学を取り消すことがあります。

博士

2025年度
名 票

受験番号 ※

●北里大学大学院

ふりがな				写真貼付欄 縦4cm×横3cm 上半身正面 無帽無背景 3カ月以内撮影 写真裏面に氏名記入 全面糊付け 入学願書と同一写真
氏名				
志望分野等	医療系研究科 医学専攻（博士課程）		受領印※	
	学 群		学群	
	専門分野		学	
入 試 区 分	コー ス 集学的がん治療実践コース <small>※コース希望者のみ○で囲んでください</small> 1. 推薦 2. 一般入試（期） 3. 社会人特別選抜（期） 4. 外国人留学生（期） 5. 特別選抜			

博士

2025年度
検定料納入票

受験番号 ※

●北里大学大学院 ※銀行口座振込で検定料を納入した場合「検定料納入票」と併せて「振込明細書等」のコピーを提出してください

ふりがな			検定料 30,000 円
氏名			受領印※ <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
志望分野等	医療系研究科 医学専攻 （博士課程）	学群	
入 試 区 分	1. 推薦 2. 一般入試（期） 3. 社会人特別選抜（期） 4. 外国人留学生（期） 5. 特別選抜		

博士

2025年度
受 験 票

受験番号 ※

●北里大学大学院

ふりがな				受領印※ <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> *本票をもって検定料 受領証とします。
氏名				
志望分野等	医療系研究科 医学専攻（博士課程）			
	学 群		学群	
	専門分野		学	
入 試 区 分	コー ス 集学的がん治療実践コース <small>※コース希望者のみ○で囲んでください</small> 1. 推薦 2. 一般入試（期） 3. 社会人特別選抜（期） 4. 外国人留学生（期） 5. 特別選抜			

- (注意) 1. 受験票は、受験時には必ず携帯し、机上に置くこと。
 2. 入学手続書類交付時には必ず持参すること。

医療系研究科志願者の健康に関する自己申告書

志 願 者	ふりがな		男 ・ 女	*受験番号	
	氏名				
	生年月日	西暦	年	月	日生(満

1. 入学後の学生生活を送るうえで、健康管理上注意すべき疾病の有無について教えてください。

有り・無し

2. その疾患名あるいは障害の部位・程度を出来るだけ具体的に記入して下さい。

3. 上記疾患を持ちながら、勉学を続けて行くのに必要なこと又は条件は何ですか。出来るだけ具体的に記入して下さい。(例：車椅子及び車椅子移動に必要な床条件等)

医療系研究科入学試験個人成績開示に関する確認書

志願者氏名		*受験番号	
-------	--	-------	--

入学試験の筆記試験成績につきましては、受験生の同意の上で志望指導教員から請求があった場合、指導教員に対して開示されます。これについて、以下のどちらかに○を付して下さい。

指導教員から請求があった場合入学試験成績を開示することについて

同意する ・ 同意しない

手

付

速達

252-0373

神奈川県相模原市南区北里1丁目15番1号

北里大学

大学院医療系研究科 入試係 行
(M号館<医学部棟>1階ラウンジ内)

簡易書留

引受番号
簡易書留

出願書類在中

住所 〒

ふりがな

漢字氏名