

2024年度 四日市看護医療大学大学院 修士課程

入学資格審査願

写真添付
縦4cm×横3cmの写真を使用してください。

| | | | | | |
|---------------------|---|---|----------|------|-----|
| フリガナ | | | | | |
| 氏名 | | | | | |
| (西暦) | 年 | 月 | 日生 (満 歳) | 性別 | 男・女 |
| 住所 (審査結果発表通知先) 〒 | - | | | TEL. | |
| | | | | 携帯 | |
| | | | | FAX. | |

| | |
|------|---|
| 審査資格 | <p>該当する項目を○で囲んでください。</p> <p>a. 保健師または助産師の資格を有する者</p> <p>b. 看護に関する研修会(厚生労働省、公益社団法人日本看護協会、都道府県など公共またはそれと同等となる機関の研修)を修了した者</p> <p>c. 学術論文または学会発表が1編以上ある者(原則として筆頭者にかぎる)</p> |
|------|---|

| 年(西暦) | 月 | 学歴・職歴 |
|-------|---|--------|
| | | 高等学校卒業 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

