

平成29年度 名古屋大学医学部保健学科 研究生入学案内

名古屋大学医学部保健学科において特別の事項について研究しようとする者がある場合、選考の上、研究生として入学を許可します。

1. 入学資格

次の各号の一に該当する者とします。

- 一 大学の保健学部又はこれに相当する学部若しくは学科を卒業した者
- 二 修業年限が3年の短期大学の医療技術に関する学科を卒業した者
- 三 教授会において、前2号の者と同等以上の学力があると認められた者

2. 入学定員 30名

3. 入学の時期

入学の時期は、学期の始めとします。ただし、特別の事情がある場合は、この限りではありません。

4. 在学期間

- (1) 在学期間は、1年以内とします。ただし、学年の途中で入学した場合における在学期間は、当該学年末までとします。
- (2) 在学期間が満了しても研究のため、なお引き続き在学しようとする者があるときは、学部長の許可を得て在学期間を延長することができます。

5. 出願手続

志願者は、あらかじめ指導を受けようとする指導教員の承認を得て、下記書類を提出してください。

(1) 出願に要する書類等

- ① 研究生入学願 [所定用紙・指導教員の承認印があるもの]
- ② 研究計画書 [所定用紙]
- ③ 履歴書 (写真 $4\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ を貼付のこと) [所定用紙]
- ④ 卒業 (見込み) 証明書 (最終出身学校発行のもの)
(改姓している場合は、戸籍抄本を添付すること)
- ⑤ 成績証明書 (最終出身学校発行のもの)
- ⑥ 写真1枚 ($3\text{ cm} \times 3\text{ cm}$)
- ⑦ 返信用封筒
(角形2号の封筒に420円分の切手を貼付し、受信場所、氏名を記入したもの)
- ⑧ 検定料 9,800円
(郵便普通為替とする。受取人指定欄には記入しないこと)

※在職のまま入学を希望する者は、⑨⑩も合わせて提出すること。

- ⑨ 入学承諾書兼確約書 (勤務先 (所属長) 発行のもの) [所定用紙]
- ⑩ 確約書 [所定用紙]

(2) 出願期間

① 前期（4月入学）平成29年2月13日（月）～平成29年2月15日（水）

② 後期（10月入学）平成29年7月10日（月）～平成29年7月12日（水）

受付時間 10:00～16:00（12:00～13:00を除く）

※郵送の場合は書留郵便とし、出願期間内に必着のこと。

(3) 願書の提出先

〒461-8673

名古屋市東区大幸南一丁目1番20号

名古屋大学医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係

TEL (052) 719-3156,1518

6. 選考方法

書類審査により選考を行います。ただし、必要がある場合には面接又は筆記試験を行うことがあります。

7. 入学許可

入学の許可又は不許可は、決定次第（前期：3月中旬頃、後期：9月中旬頃）本人あてに通知します。

8. 入学手続

研究生として入学を許可された者は、所定の期間内に入学手続をしてください。（詳細については、別途通知します。）

9. 諸費用（※金額については、平成28年度実績であり変更の可能性があります）

① 入学料 84,600円

② 授業料（月額） 29,700円 [（半期分）178,200円]

※入学手続時に入学料を納入していただきます。

※授業料は、4月及び10月に納入していただきます。

10. その他

①出願後、記載事項の変更は認めません。

②納入済の入学検定料及び提出書類は返付しません。

11. 障害のある者等の出願

障害等があつて、選考にあたり面接又は筆記試験を行う場合、試験場での特別な配慮を必要とする者にあつては、出願期間最終日までに、以下三点を医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係まで提出してください。

① 受験上の配慮申請書（障害の状況、受験上配慮を希望する事項とその理由等を記載したもの（様式随意、A4サイズ）

② 障害等の状況が記載された医師の診断書または障害者手帳の写し。

- ③ 障害等の状況を知っている第三者の添え書(専門家や出身学校関係者などの所見や意見書)。

なお、必要に応じて、適宜それ以外の書類を添付しても差し支えありません。

また、試験に関して相談の希望がある者は、出願期限までに医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係まで問い合わせてください。

入学後の修学に関して相談の希望がある者は、医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係及び障害者支援室にて随時受け付けているので、問い合わせてください。

【医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係】

電話：052-719-3156, 1518

Email：ihogakumu@adm.nagoya-u.ac.jp

【障害者支援室】

電話：052-747-6963

Email：nudso@adm.nagoya-u.ac.jp

| | |
|---------|--|
| 指導教員承認印 | |
|---------|--|

名古屋大学医学部保健学科 研究生入学願

平成 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

現住所(〒 -)

ふりがな

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

メールアドレス

下記により貴学部保健学科の研究生として入学したいので、ご許可くださるよう必要書類を添えてお願いします。

記

1. 研究事項

2. 専攻・分野

3. 指導教員

4. 研究期間 自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

| |
|--------|
| 検定料領収印 |
| |

(注) 予め、指導教員の承認印を受けること。

履 歴 書

平成 年 月 日 現在

| | | | | |
|------|---|-------------------|----------|----|
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 (満 才) | | |
| 本籍地 | | 都・道・府・県 | 性別 男・女 | |
| 現住所 | | 〒 () - | | |
| 年 | 月 | 学 歴 | | |
| | | 立 高等学校卒業 | | |
| | | 大学 | 学部 (学科) | 入学 |
| | | 大学 | 学部 (学科) | 卒業 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 年 | 月 | 職 歴 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 年 | 月 | 免 許 ・ 資 格 | | |
| | | (免許番号) | | |
| | | (免許番号) | | |
| | | (免許番号) | | |
| 年 | 月 | 賞罰・その他特記事項 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※年は、元号で記入すること。

平成 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

氏名 _____ 印

入学承諾書兼確約書

平成 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

所在地

名称

代表者氏名

印

下記の者が貴学部保健学科研究生として入学することを承諾します。また、同人が当社の事業目的の追求のために研究生として派遣するものではないことを確約します。

記

氏名 _____

所属・職名 _____

在学期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

確約書

平成 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

貴学部保健学科研究生として入学することについては、個人的研究のために教員の指導を受けることを確約します。

氏 名 _____ ㊞

勤 務 先 _____

所属・職名 _____