

2024 年度純真学園大学大学院保健医療学研究科（修士課程）  
出願資格審査申請書

|      |        |
|------|--------|
| 整理番号 | *      |
| 申請区分 | 一般 社会人 |

|                  |                     |                  |                  |               |  |  |
|------------------|---------------------|------------------|------------------|---------------|--|--|
| (フリガナ)<br>氏 名    | 姓                   | 名                | 性<br>別           | 1 男 2 女       |  |  |
|                  |                     |                  |                  |               |  |  |
|                  |                     |                  |                  |               |  |  |
| 生年月日             | 西暦 年 月 日生           |                  |                  |               |  |  |
| 志望専攻             | 看護学専攻               |                  | 保健衛生学専攻          |               |  |  |
| 志望分野             | 1 看護の基盤分野           |                  | 1 放射線技術学分野       |               |  |  |
|                  | 2 臨床実践看護分野          |                  | 2 臨床検査学分野        |               |  |  |
|                  | 3 生活支援看護分野          |                  | 3 臨床医工学分野        |               |  |  |
| 履<br>歴<br>事<br>項 | 学 歴                 | 年 月～ 年 月         | 高等学校             |               |  |  |
|                  |                     | 年 月～ 年 月         |                  |               |  |  |
|                  |                     | 年 月～ 年 月         |                  |               |  |  |
|                  |                     | 年 月～ 年 月         |                  |               |  |  |
|                  | 実務経験<br>(職歴)        | 期 間              | 勤務先・所属           | 具体的な職名とその職務内容 |  |  |
|                  |                     | 年 月～<br>年 月      |                  |               |  |  |
|                  |                     | 年 月～<br>年 月      |                  |               |  |  |
|                  |                     | 年 月～<br>年 月      |                  |               |  |  |
|                  |                     | 年 月～<br>年 月      |                  |               |  |  |
|                  | 免 許                 | 1 看 護 師          | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |               |  |  |
|                  |                     | 2 保 健 師          | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |               |  |  |
|                  |                     | 3 助 産 師          | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |               |  |  |
| 4 診療放射線技師        |                     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |                  |               |  |  |
| 5 臨床検査技師         |                     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |                  |               |  |  |
| 6 臨床工学技士         |                     | 年 月 日 取得 (免許番号 ) |                  |               |  |  |
| 連 絡 先            | 現住所                 | フリガナ             |                  |               |  |  |
|                  |                     | 住所               | 〒□□□-□□□□        |               |  |  |
|                  |                     | 電話               | ( ) —            |               |  |  |
|                  | 審 査<br>結 果<br>通 知 先 | フリガナ             |                  |               |  |  |
|                  |                     | 住所               | 〒□□□-□□□□        |               |  |  |
|                  |                     | 電話               | ( ) —            |               |  |  |

2024 年度純真学園大学大学院保健医療学研究科（修士課程）

在 職 期 間 証 明 書

|      |   |
|------|---|
| 整理番号 | * |
|------|---|

純真学園大学長 様

施 設 名

施設の長（代表者）の氏名 印

所 在 地

次の者について、記載のとおり実務者として在職している（又は在職していた）ことを証明します。

記

|   |             |                                   |
|---|-------------|-----------------------------------|
| 1 | フリガナ<br>氏 名 |                                   |
| 2 | 在職期間        | 年 月 ～ 年 月                         |
| 3 | 職 種         |                                   |
| 4 | 勤務形態        | 1. 常 勤<br>2. 非常勤（1日当たり 時間、 週 日勤務） |

（注1）ここでの在職期間は、看護師、保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格による実務者としての勤務期間をいいます。

（注2）勤務形態については、常勤又は非常勤のどちらかに○をつけ、非常勤の場合は、（ ）内も記入してください。

（注3）複数の施設からの証明が必要な場合は、あらかじめこの用紙をコピーして使用してください。

