**Ａ票**

受験番号　Ｍ

**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】 志願票**

|  |  |
| --- | --- |
| 志願する領域  （コース） | １ 看護領域　　２ 看護CNSコース　３ 看護助産実践コース  ４ 栄養領域　　５ 社会福祉領域　　６ リハビリテーション領域 |

|  |  |
| --- | --- |
| 志願区分 | １　一般選抜　　　　２　社会人特別選抜 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出願資格 | 一般選抜出願資格 | ２.１－（　　　　　　　　） |
| 社会人特別選抜出願資格 | ２.２－（　　　　　　　　） |

（本要項2.出願資格を参照し、出願を希望する資格番号を（　　　）内に記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏名 | ふりがな | （氏） | | | （名） | |
| 氏　名 |  | | |  | |
| 希望する指導教員 |  | | | 事前相談 | | 済　・　未 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　月 日（満　　　歳） | | | 性別 | | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 —  　　　　　　　都道  府県 | | | | | |
| 電話番号 | （日中連絡のつく電話番号） | | | （携帯電話番号） | | |
|  | | |  | | |
| メールアドレス |  | | | | | |
| 最終学歴等 | 学校名  （大学・短期大学等） | |  | | | |
| 学部・学科・専攻名等 | |  | | | |
| 年　　　月　　　卒業・修了　　卒業（修了）見込　　その他（　　　　　　　） | | | | | |
| その他 | □　合格した場合、本学Webサイトへの受験番号の掲載を希望しない。 | | | | | |

【記入上の注意事項】

・手書きの場合、黒のペンまたはボールペンで記入してください。

・電話番号は、日中連絡のとれるものを記入してください。また、メールアドレスも受信可能なものを記入してく

ださい。書類の不備などの際に連絡することがあります。

・年齢は2026年3月31日現在の満年齢を記入してください。

**Ｂ票**

受験番号　Ｍ

**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】 受験票**

|  |  |
| --- | --- |
| 志願する領域  （コース） | １ 看護領域　　２ 看護CNSコース　３ 看護助産実践コース  ４ 栄養領域　　５ 社会福祉領域　　６ リハビリテーション領域 |

|  |  |
| --- | --- |
| 志願区分 | １･･･一般選抜　　　　　　２･･･社会人特別選抜 |

写真貼付欄

・正面上半身無帽

背景なし

・サイズ

縦４×横３㎝

・最近３か月以内に撮影のもの

・裏面に氏名を記入後、しっかりのり付けして貼ってください。

写真貼付欄

・正面上半身無帽

背景なし

・サイズ

縦４×横３㎝

・最近３か月以内に撮影のもの

・裏面に氏名を記入後、しっかりのり付けして貼ってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏名 | ふりがな | (氏) | （名） |
| 氏　名 |  |  |

【記入上の注意事項】

**・手書きで、黒のペンまたはボールペンを使用して記入してください。**

切りとらないでください。

受験番号　Ｍ

**Ｃ票**

**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】 写真票**

|  |  |
| --- | --- |
| 志願する領域  （コース） | １ 看護領域　　２ 看護CNSコース　３ 看護助産実践コース  ４ 栄養領域　　５ 社会福祉領域　　６ リハビリテーション領域 |

|  |  |
| --- | --- |
| 志願区分 | １･･･一般選抜　　　　　　２･･･社会人特別選抜 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏名 | ふりがな | (氏) | （名） |
| 氏　名 |  |  |

写真貼付欄

・正面上半身無帽

背景なし

・サイズ

縦４×横３㎝

・最近３か月以内に撮影のもの

・裏面に氏名を記入後、しっかりのり付けして貼ってください。

写真貼付欄

・正面上半身無帽

背景なし

・サイズ

縦４×横３㎝

・最近３か月以内に撮影のもの

・裏面に氏名を記入後、しっかりのり付けして貼ってください。

【記入上の注意事項】

**・手書きで、黒のペンまたはボールペンを使用して記入してください。**

**Ｄ票**

受験番号　Ｍ

**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】**

**研究計画書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏名 |  | | |
| 志願する領域  （コース） | １ 看護領域 ２ 看護CNSコース  ３ 看護助産実践コース ４ 栄養領域  ５ 社会福祉領域 ６ リハビリテーション領域 | 志願区分 | １･･･一般選抜　　　　　　　２･･･社会人特別選抜 |
| 希望する指導教員名 |  | | |

|  |
| --- |
| 研究テーマ |

|  |
| --- |
| ・大学院での研究について、背景・目的・方法等を簡潔に記載してください。  **・**看護ＣＮＳコース志願者は、実務経験、志望動機も記載してください。  **・**看護助産実践コース志願者は、志望動機も記載してください。  ・パソコンで作成する場合は、明朝体11ポイントで入力してください。  ・研究計画書は2枚以内に収めるようにしてください。 |
|  |

受験番号　Ｍ

**Ｅ票**

**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】**

**社会人特別選抜出願資格確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| 志願者氏名 |  |
| 志願する領域（コース） | １ 看護領域　　２ 看護CNSコース　３ 看護助産実践コース  ４ 栄養領域　　５ 社会福祉領域　　６ リハビリテーション領域 |

社会人特別選抜の出願資格について、記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会人特別選抜の出願資格「社会人として保健・医療・福祉等の分野で出願資格に関連する3年以上の実務経験」について職歴を記入してください。 | | | | | |
|  | 職歴 | | | 形態 | 期間 |
| １ | 勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 常勤  非常勤 | 西暦　　　　　年　　月から |
| 所在地 | | | 年　　月まで |
| 職務内容 | | | （　　年　　か月間） |
| ２ | 勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 常勤  非常勤 | 年　　月から |
| 所在地 | | | 年　　月まで |
| 職務内容 | | | （　　年　　か月間） |
| ３ | 勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 常勤  非常勤 | 年　　月から |
| 所在地 | | | 年　　月まで |
| 職務内容 | | | （　　年　　か月間） |
| ４ | 勤務地　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 常勤  非常勤 | 年　　月から |
| 所在地 | | | 年　　月から |
| 職務内容 | | | （　　年　　か月間） |
| ５ | 勤務先　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | 常勤  非常勤 | 年　　月から |
| 所在地 | | | 年　　月まで |
| 職務内容 | | | （　　年　　か月間） |
| 勤務期間計 | | （常勤期間） | （非常勤期間） | | |
| 勤務期間合計　　　　　年　　　　か月 | | | | | |

記入上の注意

　１．形態は、常勤 非常勤 のいずれかを囲んでください。

　２．職歴が記入しきれない場合は下記に記入してください。

**Ｆ票**

**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】**

**出願用履歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | |
| 学  歴 | 学校名（学部・学科・専攻まで） | | | | 在　学　期　間 | 卒・卒見・中退 |
|  | | | | 年　　月～  年　　月 |  |
|  | | | | 年　　月～  年　　月 |  |
|  |  | | | 年　　月～  年　　月 |  |
|  |  | | | 年　　月～  年　　月 |  |
| 職　　　　歴 | 勤務先（部・課名まで） |  | 在 職 期 間 | 常 勤・  非常勤 | 職　務　内　容 | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  |  | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  |  | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  |  | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  |  | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  |  | |
| 研　究　歴 | 研究テーマ |  | 研 究 期 間 | 研　　　究　　　内　　　容 | | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  | | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　 月 |  | | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　　月 |  | | |
|  |  | 年　　月～  　　　年　　月 |  | | |
| 免許取得年月 | 免許の種類（免許授与機関） | | | 免許取得年月/免許番号 | | |
|  | | | 西暦 年　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | 西暦 年　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | 西暦 年　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | 西暦 年　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | 西暦 年　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |

**裏面に続く（署名をしてください）**

記入上の注意

　１．学歴について

①日本での教育の場合は、高等学校卒業（または、それに相当するもの）以降について記入してください。

②外国での教育の場合は、初等教育（小学校）、中等教育（中学校・高等学校）、高等教育

（大学・大学院）において在籍したすべての学校を記入してください。

　２．職歴は、出願資格に係る経歴を記入するとともに、常勤・非常勤の別、職務内容を具体的に記入してください。

３．研究歴については、研究内容がよくわかるように記入してください。

４．学歴～職歴が記入しきれない場合は下記に記入してください。

|  |
| --- |
| 上記のとおり相違ありません。  　　年　　月　　日  氏　　名  (自署） |

**Ｇ票**　　　**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】**

**出願資格審査申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 神奈川県立保健福祉大学長　殿  　貴大学大学院保健福祉学研究科保健福祉学専攻（博士前期課程）入学者選抜試験に出願を希望します。  　ついては、出願資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請します。  ふりがな  氏　　名  (自署）  　　　　　年　　月　　日      西　　歴　 年　　　月　　　日生（満　　　歳） | | | | |
| 志望する領域（コース） | | １ 看護領域　　２ 看護CNSコース　３ 看護助産実践コース  ４ 栄養領域　　５ 社会福祉領域　　６ リハビリテーション領域 | | |
| 出願資格審査区分  （該当する区分に○を記入） | | 審査区分 | | ※認定欄 |
| 学生募集要項2.1の（9）に該当 |  | 可　　否 |
| 学生募集要項2.1の（10）に該当 |  | 可　　否 |
| 学生募集要項2.2の（9）に該当 |  | 可　　否 |
| 学生募集要項2.2の（10）に該当 |  | 可　　否 |
| 現　　住　　所 | | 〒　　　－　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－  　　　　　　　都道  府県 | | |
| 審査結果通知先 | | 〒　　　－　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－  　　　　　　　都道  府県 | | |
| 緊急連絡先電話番号 | | －　　　　　　－ | | |
| メールアドレス | |  | | |
| 最終出身学校名 | | 学校名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　卒業・修了  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業（修了）見込 | | |
| 免許取得年月（免許番号） | | 看護師　　　西暦 年　　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 栄養士　　　西暦 年　　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 管理栄養士　西暦 年　　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 社会福祉士　西暦 年　　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 理学療法士　西暦 年　　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 作業療法士　西暦 年　　　　月（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ※ | 申請のあった神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科保健福祉学専攻（博士前期課程）入学者選抜試験への出願資格について上記のとおり認定する。  　　　　　　年　　　月　　　日  神奈川県立保健福祉大学長　　村上　明美　　　印 | | | |

注1　※印の欄には何も記入しないでください。

注2　年齢は2026年3月31日現在の満年齢を記入してください。

**Ｈ票**　　　**2026年度　神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科**

**保健福祉学専攻【博士前期課程】**

**入学検定料収入済証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏名 | ふりがな | (氏) | （名） |
| 氏　名 |  |  |

ここに検定料を本学指定の口座に納入したことを証明する書面を貼付してください。

例：払込証明書、利用明細、振込完了画面を印刷したもの等