**Ａ票**

受験番号　Ｄ

**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【博士後期課程】 志願票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 勤務先(在職者のみ記入) | （企業等名・所属・職名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電話番号 |
| 最終学歴等 | 学校名（大学院・大学・短期大学等） |  |
| 研究科・専攻名学部・学科名等 |  |
| 年　　　　　　月　　　卒業・修了　　　卒業（修了）見込 |
| 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　Ｄ

**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【博士後期課程】 受験票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。

【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。

**Ｃ票**

受験番号　Ｄ

**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【博士後期課程】 写真票**

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で記入してください。**

**Ｄ票**

受験番号　Ｄ

**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【博士後期課程】**

**研究計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 志願者氏名 |  |
| 希望する指導教員名 |  |

|  |
| --- |
| 研究テーマ |
| 大学院博士後期課程での希望する研究概要について、背景・目的・方法等に分けて簡潔に記載してください。パソコンで作成する場合、明朝体11ポイントで記入してください。 |
|  |

**Ｅ票**

受験番号　Ｄ

**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【博士後期課程】**

**研究業績等調書**

|  |  |
| --- | --- |
| 志願者氏名 |  |

|  |
| --- |
| 著書、学術論文、研究発表等について記入してください。 |
| 著書、学術論文、研究発表等の名称 | 単著、共著の別 | 発行・発表年月 | 発行所、発表誌名、学会等の名称、巻・頁、共著者名 |
|  |  |  |  |

注）1.共著者名は発表誌等への掲載順に記載してください。

2.欄が不足する場合は裏面に続けて記入してください。

（裏面に続く）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 著書、学術論文、研究発表等の名称 | 単著、共著の別 | 発行・発表年月 | 発行所、発表誌名、学会等の名称、巻・頁、共著者名 |
|  |  |  |  |

**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【博士後期課程】**

**出願用履歴書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名生年月日 | 年　　月　　日生（満　　　歳） |
| 住所 | 〒 |
| 学歴 | 年　　月　　日 | 事　　　　　　　　　　　項 |
| ・　　・　　 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 職歴 | 年　　月　　日 | 事　　　　　　　　　　　項 |
| ・　　・　　 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 免許・資格 | 種別 | 種別 | 種別 |
| 取得年月 | 取得年月 | 取得年月 |
| 番号 | 番号 | 番号 |
| 上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日氏　　名　(自署） |

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．職歴欄には勤務先・職種を具体的に記入してください。

３．学歴～職歴が記入しきれない場合は裏面に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学歴 | 年　　月　　日 | 事　　　　　　　　　　　項 |
| ・　　・　　 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 職歴 | 年　　月　　日 | 事　　　　　　　　　　　項 |
| ・　　・　　 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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【博士後期課程】**

**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（博士後期課程）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） |
| 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の（6）に該当 |  | 可　　　　否 |
| 学生募集要項2の（7）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 |
| ※ | 　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（博士後期課程）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。

切り取り線

**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【博士後期課程】**

**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