**２０１８（平成３０）年度福岡県立大学大学院入学志願票**

**（人間社会学研究科）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 男　・　女 | 受験番号 | 志望する専攻 |
| 氏名 |  | | **※** | （該当する番号を○で囲むこと） |
| 1. 社会福祉専攻  2. 子ども教育専攻 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| ｢４入学者選抜方法の（注1）｣に基づき、英語または小論文を選択し、右欄を○で囲むこと | | | | 希望科目  　　英語　・　小論文 |
| 長期履修制度適用希望の有無  右欄のどちらかを○で囲むこと | | | | 長期履修制度の適用を　希望します　・　希望しません | |
| 志願者 住所・ＴＥＬ | | 〒  TEL | | | |
|
| 緊急時  連絡先 氏名・住所・ＴＥＬ | | 氏名 | 〒  TEL | | |
|
| 年　　月  （西暦） | | 履　歴　事　項 | | | |
| 高等学校あるいは中等教育学校卒業から記入すること。職歴も含む。学生募集要項の2｢出願資格の３｣で受験する者は小学校から記入すること。記入できないときはＡ４サイズの罫紙を追加して記入すること。 | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |

※印欄は記入しないこと

**２０１８（平成３０）年度福岡県立大学大学院入学志願票**

**（看護学専攻：研究コース受験用）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 男　・　女 | 受験番号 | 志望する領域 |
| 氏名 |  | | **※** | ＜基盤看護学領域＞  看護教育・基礎・看護心理・実験  ＜ヘルスプロモーション領域＞  思春期・地域・在宅  ＜臨床看護学領域＞  成人・老年・精神・小児  (該当するものを○で囲む） |
|
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 長期履修制度適用希望の有無 　右欄のどちらかを○で囲むこと | | | | 長期履修制度の適用を　　希望します　・　希望しません | |
| 志願者 住所・ＴＥＬ | | 〒  TEL | | | |
|
| 緊急時  連絡先 氏名・住所・ＴＥＬ | | 氏名 | 〒  TEL | | |
|
| 年　　月  （西暦） | | 履　歴　事　項 | | | |
| 高等学校あるいは中等教育学校卒業から記入すること。職歴も含む。学生募集要項の2｢出願資格の３｣で受験する者は小学校から記入すること。記入できないときはＡ４サイズの罫紙を追加して記入すること。 | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |
| ・ | |  | | | |

※印欄は記入しないこと

**２０１８（平成３０）年度福岡県立大学大学院入学志願票**

**（看護学専攻：専門看護師コース受験用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 男　・　女 | 受験番号 | 志望するコース | |
| 氏名 | |  | | **※** | 1.　精神看護専門看護師コース　  2.　老年看護専門看護師コース  （該当する番号を○で囲むこと） | |
| 生年月日 | | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 看護学研究科の長期履修制度の有無 右欄のどちらかを○で囲むこと | | | | | 長期履修制度の適用を　希望します　・　希望しません | | |
| 志願者 住所・ＴＥＬ | | 〒 | | | | | |
| TEL | | | | | |
| 緊急時  連絡先 氏名・住所・ＴＥＬ | | 氏名 | | 〒 | | TEL | |
| 住所 | | | |
| 免許（免許番号・取得年月日）　取得免許を○で囲む | | 看護師免許　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　・　　　　） | | 保健師免許　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　・　　　　　） | | 助産師免許　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　・　　　　　） | |
| 年・月 （西暦） | ～ | 年・月 （西暦） | 学歴 | | | | |
| 教育機関名（高等学校卒業から記入すること。外国人留学生は小学校から記入すること。記入できないときはA４サイズの罫紙を追加して記入すること。） | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| 年・月 （西暦） | ～ | 年・月 （西暦） | 専門看護分野における実務期間 | | | | |
| 所属施設名 | 部署　　　　　　　　　　（病院の場合は科名） | | 職位 | 実務内容 |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| 年・月 （西暦） | ～ | 年・月 （西暦） | 専門看護分野以外における実務期間 | | | | |
| 所属施設名 | 部署　　　　　　　　　　（病院の場合は科名） | | 職位 | 実務内容 |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
| 専門看護分野における実務期間の合計 | | | | | | | ヵ月 |
| 専門看護分野以外の実務期間の合計 | | | | | | | ヵ月 |
| 看護分野の実務期間の合計 | | | | | | | ヵ月 |

※印欄は記入しないこと

**研究計画書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 受験番号 | 志望する専攻（領域） |
| 氏　名 | |  | **※** | 人間社会学研究科は専攻名、 看護学研究科は専攻・コース・専門領域  を記入すること |
| 専攻　 　　　　 コース  領域 |
| 最終学歴 | 学科名、課程名等まで記入すること | | |
|
| 西暦　　　　　　　年　　　月　卒業（修了）　・　卒業（修了）見込み | | |
| 入学後の研究計画を書いてください。 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

※印欄は記入しないこと

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**志望理由及び修了後の進路**

**（専門看護師コース希望者のみ提出）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 受験番号 | 志望専門看護師コース名 （いずれかの番号を丸印で囲むこと） |
| 氏名 |  | ※ | 1.　精神看護専門看護師コース |
| 2.　老年看護専門看護師コース |
| 1．専門看護師コースを受験する理由 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 2．専門看護師コース修了後の進路の希望 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |