### 2026年度 淑徳大学大学院 入学志願票（Ａ）票

理 由

教員名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受験番号 | フリガナ |  | 性別・年齢 | 写真貼付欄（４cm×３cm）１．枠なし２．上半身脱帽・無帽・無背景 ３．最近１ヶ月以内のもの |
|  | 氏 | 名 |  | 女 ・ 男 |
|  |  | 昭和・平成 年 月 日生 | （ 歳） |
|  | 国（外国籍の場合は、国名を記載） | 入試区分 |
| 本人現住所 | 〒都 ・府 ・TEL | 道県（E-Mail | ） |  |  | 携帯 |
| 必ず○で囲んでください |
| １．一般 ２．推薦 ３．指定法人 |
| 緊急連絡先 |  | TEL |  | （ |  | ） （外国人留学生の場合は、本国連絡先を記載） |
|  | 専 攻 ・ 課 程 |
| 志願する | 看護学専攻 修士課程 |
| 志望する専門分野 |  |
| 専攻、 |
| 専門分野 |
| 指導教員等 |
| 指導希望教員（希望する教員があれば理由を含め記載ください） |
| 学 歴 | 年 月 | 学 校 名 ・ 学 部 ・ 学 科 ・ 課 程 等 |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 最終学歴 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 年 | 月 |  | 日 | 卒業 ・ 卒業見込 、 修了 ・ 修了見込 （いずれかに○印） | 入学資格審査認定 |
| 職 歴 | 勤務期間（自・至） | 勤 務 先 名 | 主な職務内容（異動、職位変更等） |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |  |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |  |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |  |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |  |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |  |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 |  |  |

＊該当に○、学歴は、高等学校卒業から（外国人留学生の方は、16年の課程に至る学歴）を記載してください。

＊志望する専門分野を記載してください。

＊指導希望教員は、希望があれば理由を含め記載してください。

※印欄は記入しないでください。

裏面も記入してください。

### 2026年度 淑徳大学大学院 入学志願票（Ａ）票－裏面

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職 歴 | 勤務期間 | 勤 務 先 名 | 主な職務内容（異動、職位変更等） |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 年 月 | 年 月 |  |  |
| 取得学位•免許•資格 | 取得年月 | 名 称 | 授 与 ・ 認 定 機 関 |
| 年 月 |  |  |
| 年 月 |  |  |
| 年 月 |  |  |
| 年 月 |  |  |
| 年 月 |  |  |
| 賞 罰 | 年 月 | 事 項 |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| そ の 他 | 年 月 | そ の 他 特 記 事 項 |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |

〔 看護学専攻 修士課程 〕 Ｎｏ．

# 研 究 計 画 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受験番号 |  | 氏 名 |  |

1

|  |
| --- |
| 研究課題（研究を予定しているテーマ） |
|  |
|  |
| キーワード（５語以内）： |
| 学士（卒業）論文のある場合は、その題目〔執筆中（予定）を含む〕 |
|  |
|  |
|  |
| 研究計画の概要（研究目的、動機、意義等）※特に研究動機は、研究課題につながる問題意識及び研究したいと考えた理由について、自身の経験をふまえ、具 体的に記載してください。また、研究課題について関連文献等ですでに調べたことがあれば、その要約を記載してください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

※印欄は記入しないでください。 裏面の＜続き＞を使用し記入していただいてもかまいません。

〔 看護学専攻 修士課程 〕 Ｎｏ．

# 研 究 計 画 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受験番号 |  | 氏 名 |  |

1

|  |
| --- |
| ＜概要等の続き＞ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

〔 看護学専攻 修士課程 〕

# 社会人・留学経験・業績報告書 Ｎｏ．

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受験番号 |  | 氏 名 |  |

これまでの経験・業績を次のＡ）～Ｄ）に分類し、それぞれをまとめて簡潔に箇条書きで 記入してください。 Ａ）看護実践及び広い意味でそれに関連する経験（業績・ボランティア等を含む） Ｂ）社会人若しくは留学経験・業績

Ｃ）刊行された業績・報 告等 Ｄ）その他の経験・業績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分類 | 期 間（発表年月） | 事 項 |
|  | 年 月 ～ 年 月 |  |

※印欄は記入しないでください。

用紙が不足する場合は、適宜コピーして記入してください。

〔看護学専攻 修士課程〕

## 在 職 期 間 証 明 書

淑 徳 大 学 長 殿

住 所

氏 名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤 務 期 間 | 年 | 月 | 日～ | 年 | 月 | 日 |
| 勤 務 年 数 |  |  | 年 | 月 |  |  |
| 職 種 |  |

上記のとおりであることを証明します。年 月 日

勤務先所在地

名 称

印

電話番号 （ ）

〔看護学専攻 修士課程〕

## 受 験 承 諾 書

淑 徳 大 学 長 殿

年 月 日

住 所

氏 名 ㊞

このたび上記の者、淑徳大学大学院看護学研究科の入学試験を受験することを承諾いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先所在地 |   |  |
|  | 電話番号 （ ）  |
| 名 称 |   | 印 |
| 代表者氏名 |   | ㊞ |

〔看護学専攻 修士課程〕

# 推 薦 書

淑徳大学長 殿

施 設・ 機関名 ：

所 在 地 〒 －

電 話 番 号 （ ）施設・機関長名

年 月 日

印

下記の者、看護学研究科看護学専攻において学ぶ基礎学力を備え、職場の範となる 人物と認めますので、入学を許可願いたく推薦いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和 | 男・女 |
| 氏 | 名 |  | 平成 | 年 | 月 | 日生（ | 歳） |
| 最終学歴 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 卒業 |
| 職 歴 | 施 設 ・ 機 関 名 | 職 | 種 |  | 在 | 職 |  | 期 | 間 |  |  |  |
|  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |  | 年 |  | 月 | 日 |
|  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |  | 年 |  | 月 | 日 |
|  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |  | 年 |  | 月 | 日 |
|  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |  | 年 |  | 月 | 日 |
|  |  | 年 | 月 | 日 | ～ | 現在 |  |  |  |  |
| 取得免許・資格 |  |

〔看護学専攻 修士課程〕

|  |
| --- |
| １．推薦理由２．貴施設・機関での看護実践における業績３．貴施設・機関における在学中及び修了後への配慮 |

2026年度淑徳大学大学院 看護学研究科 事前相談票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 生 | 年 月 日 | 性 | 別 |
| 氏 名 |  | 西暦 |  | 年 月 日 | 女 ・ 男  |
| 希望する入試区分 |  |  |  |  | 一 般 ・ 推 | 薦 ・ 指定法人 |  | ※該当入試区分に○ |  |
| 現 勤 務 先 （看護職年数） |  |
| （ |  |  |  | 年間勤務） |  |  |  |  |
| 取 |  | 得 |  |  | 免 |  | 許 |  |  | 看護師 | 保健師 助産師 |  | ＊該当資格に○ |  |
| 日 本 看 護 協 会 認 定 資 格  |  | 認定看護師（ |  |  | ） 認定看護管理者 |  |
| 看護教員養成課程修了等の履歴 |  |
| 看護職免許受験資格取得学歴 |  |
| 最 |  | 終 |  |  | 学 |  | 歴 |  |  |
| 入 | 学 | 資 | 格 | 認 | 定 | 審 | 査 |  |  |  | 必要 |  | 不要 |  |
| 相談を希望する教員名または 専 門 分 野 |  |
| こ れ ま で に取り組んできた研 究 等＊論文等がある場合は、著者名（発行年）、論文 タイトル、掲載誌、巻（ 号）を明記してください。 |  |
| 大 学 院 で取り組みたい 課 題 |  |
|  | 住所：〒 |
| 連 絡 先 |  |
| ＊連絡方法につい | Tel（自宅）： |
| て、希望があ る場合には明記してください。 | 携帯電話： Fax： |
|  | E-mail： |
| 相談日の希望 （平日18時以降、土曜日など、具体的に書いてください） |  |
| 大 | 学 | 記 | 入 | 欄 |  | 受付担当 |  |  | ／ |  | 相談日 ／相談者 |  |  |