2024年度東京慈恵医科大学医学研究科看護学専攻博士後期課程入試　事前相談票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | |
| 取得免許　　＊該当するものに○ | | 看護師、　　　保健師、　　　　助産師 | | |
| 取得資格（日本看護協会認定） | | 認定看護師、認定看護管理者、専門看護師 | | |
| 看護職免許受験資格取得学歴 | |  | | |
| 学　　　位 | | 修士取得学位名  取得大学院名 | | |
| 現勤務先 | |  | | |
| 看護系職歴年数 | |  | | |
| 相談希望領域  希望領域に○を  してください。 | 1.　基盤創出看護学（希望研究指導教員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  2.　先進治療看護学（希望研究指導教員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  3.　予防推進看護学（希望研究指導教員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  4.　地域包括看護学（希望研究指導教員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 5.　総合相談（領域の内容など） | | | |
| 連絡先 | Tel  Fax  E-mail | | | |
| 相談内容 |  | | | |
| 連絡方法や相談日について御希望があれば記載ください。 |  | | | |
| 二重線下は、記載しないでください。 | 受付月日　　　／  受付氏名 | | 相談月日　　　／  教員氏名 | 相談終了後は、事務へ  連絡ください。 |

事前相談にあたっては本相談票と大学院で取り組みたい研究課題・略歴もダウンロードして作成して

できるだけ一緒に提出してください。

＊この面接票に係る個人情報は、事前面接業務にのみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。