2025年度東京慈恵医科大学医学研究科看護学専攻博士前期課程入試　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 | | |
| 看護職免許受験資格取得学歴 | |  | | |
| 文部科学省系最終学歴 | |  | | |
| 現勤務先 | |  | | |
| 看護系職歴年数 | |  | | |
| 出願資格認定試験 | | 必要　　　　　　　　不要 | | |
| 相談希望分野  ・領域  希望分野・領域に○をしてください。 | 1.先進治療看護学（クリティカルケア看護学領域・がん看護学領域）  2.基盤創出看護学（看護管理学領域）  3.母子健康看護学分野（母性看護学領域・小児看護学領域）  4.地域連携保健学分野（老年看護学領域・精神看護学領域・地域看護学領域・  　　　　　　　　　　　　　　　　在宅看護学領域） | | | |
| 5.　総合相談（専攻分野の内容など） | | | |
| 連絡先 | Tel  Fax  E-mail | | | |
| これまでに取り組んできた研究等  大学院で取り組みたい課題 | | | | |
| 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。 |

＊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。