

大学院博士前期・修士課程入学志願者調書

※受験番号		フリガナ		性別	皇 學 館 大 学 生 年 月 日		
		氏 名		男・女	昭和 平成	年 月 日 (満 才)	
志 望	学 研 究 科 学 専 攻						
現 住 所	〒 ー 方 電話						
学 歴	都道府県		国立 公立 私立	高等学校	科	昭和 平成 令和 年 月 卒 業	
	大学		学部	科	昭和 平成 令和 年 月 卒 業見込		
	大学		学部	科	昭和 平成 令和 年 月 卒 業見込		
	大学大学院		学 研 究 科	課 程	専 攻	昭和 平成 令和 年 月 修 了見込	
卒業論文または 卒業研究題目		論文要旨(400字詰原稿用紙5枚内。または2000字以内) 別添				卒業論文・研究 指導教員名	
大学在学中の 課外活動等							
大学院入学後の 希望する研究分野 (具体的に)						入学後指導を希望する指導教員名	
免 資 許 特 技 ・ 格 趣 味 など							
職 歴 (あれば記入)		昭和 平成 令和 年 月 ～ 昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月 ～ 昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月 ～ 昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月 ～ 昭和 平成 令和 年 月					
保 証 人	氏 名			本人との 続柄			
	現 住 所	〒 ー 方 電話					

※印欄は記入しないでください。

日本在住保証人届
Letter of Guarantee

受験番号(記入しないでください)

年 月 日

皇 學 館 大 学 長 殿

To: President of Kogakkan University

学 部 ・ 学 科 Course of Study 該当の学科に○をつけてください。	文 学 部 : 国文学科 ・ 国史学科 ・ コミュニケーション学科 現代日本社会学部: 現代日本社会学科
志願者氏名 Name of Applicant	
生 年 月 日 Date of Birth	____年____月____日 Year Month Day
国籍 Nationality	

私は、上記の者が貴大学に在学中、本人について一切の責任を親権者（ ）と連携して負うことを承諾いたします。

I hereby undertake to assume full liability jointly and severally with () with regard to the above-named applicant while he(she) is enrolled as a student of Kogakkan University.

In witness where of, I have hereunto set my hand and seal this () day of, (), 2015.

日本在住保証人氏名 Name of Guarantor	(フリガナ)
	
	(In Roman Alphabet)
現 住 所 Present Address	電話 : _____ Telephone
職業(詳細に) Occupation(in Detail)	
本人との関係 Relationship with the applicant	
備 考	

※登録された個人情報(住所・氏名・電話番号等)は、学生支援に関する大学からの連絡のみに使用します。

健康診断書

フリガナ
氏 名男
女

年 月 日生

診 断 事 項				
身 長			cm	既往症
体 重			kg	直接・間接 撮影 年 月 日 胸部 X 線・所見 (異常なし・要精検)
視 力	右		矯正 ()	
	左		矯正 ()	
聴 覚				
検 尿	糖 () 蛋白 () ウロビリノーゲン ()			
その他の所見				
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 (所在地) 医 療 機 関 名 医 師 の 氏 名				

印

(注意) 最近3ヵ月以内に医師が作成したものを提出して下さい。

医師の方へ

各項目につき診断・記入をお願い致します。 ※印欄は記入しないでください。

健康診断書

フリガナ
氏 名男
女

年 月 日生

診 断 事 項				
身 長			cm	既 往 症
体 重			kg	直接・間接 撮影 年 月 日 胸部 X 線 ・ 所 見 (異常なし・要精検)
視 力	右	矯正 ()		
	左	矯正 ()		
聴 覚				
検 尿	糖 () 蛋白 () ウロビリノーゲン ()			
その他の所見				
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 住 所 (所在地) 医 療 機 関 名 医 師 の 氏 名				

印

(注意) 最近3ヵ月以内に医師が作成したものを提出して下さい。

医師の方へ

各項目につき診断・記入をお願い致します。 ※印欄は記入しないでください。