東京医療保健大学大学院 千葉看護学研究科 個別相談受付票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 性別　　　　[ ] 　男　　　　[ ] 　女 |
| 生年月日　 西暦　 　 　 　年　 　 月　 　日（　　 　歳） |
| 連絡先 | 住所（〒　 　－　 　）: |
| 電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス： |
| 現在の勤務先 | 勤務先名：　 　　 　　年　　月より勤務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※年は西暦で記載してください |
| 職　歴 | 　　 　 年　　月～　　　　年　　月まで：　　 　年　　月～　　　　年　　月まで：　　 　 年　　月～　　　　年　　月まで：　　 　 年　　月～　　　　年　　月まで： |
| 最終学歴 | 学校名：年　　月（卒業/修了） |
| 保有資格 | [ ]  看護師 [ ]  養護教諭[ ]  保健師　　 　 [ ]  その他：[ ]  助産師 |
| 大学院での学修課題／研究課題（本研究科で学びたい・取り組みたい課題を大まかで結構ですので記載してください） |
|  |
| 選択希望の科目に〇をつけてください。複数ある場合には最も希望する科目に◎をしてください。（なお、ここでの記載内容は入学後の科目履修を制限するものではありません。） |
| （　 　） コミュニティ・ケア特論・演習（　 　） 生涯発達看護特論・演習（　 　） 看護職キャリア支援特論・演習（　 　） 看護マネジメント特論・演習 |
| ご相談/質問内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※相談したい本学教員がいる場合には教員名を記載してください |
|  |
| 個別相談のご希望日時（複数）ご都合のつきやすい曜日等 | （候補を出来るだけ多くご記入ください）対面の場合：インターネット（ZOOM）による遠隔の場合： |
| 本大学院を何によって知りましたか？ | [ ]  大学のホームページ[ ]  チラシ・パンフレット[ ]  知り合いからの紹介（お名前：　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  その他： |

記載日：　　 　　　年 　 　月 　　 日

上記、差支えのない範囲でご記載ください。なお、本情報は十分に注意して取扱い・保管するとともに、個別相談および受験必要事項に関する大学からのご連絡のみに使用し、他の目的には使用いたしません。