

平成30年度 愛媛大学大学院「研究生」出願・入学案内 (医学系研究科用)

愛媛大学医学部学務課

愛媛大学大学院医学系研究科の研究生として入学を志願する場合は、医学部学務課の窓口にて、次のとおり出願及び入学等の手続きを行ってください。

※外国籍の方で「留学」以外の在留資格をお持ちの方は、本案内に従って手続きを行ってください。ただし、出願時において履修期間を超える在留期間を有する者及び期間更新が確定している者に限ります。

【出願要領】

1. 出願資格等

(1) 出願資格

＜医学系研究科修士課程看護学専攻＞

修士の学位を有する者及び入学時までに取得見込みの者又はこれと同等以上の学力があると認められた者で、特定事項について医学系研究科修士課程看護学専攻において研究することを志願する者

＜医学系研究科博士課程医学専攻＞

博士の学位を有する者及び入学時までに取得見込みの者又はこれと同等以上の学力があると認められた者で、特定事項について医学系研究科博士課程医学専攻において研究することを志願する者

【注】「これと同等以上の学力があると認められた者」の資格により出願できる者は、事前に出願資格認定申請を行い、認定された者としてします。

出願資格認定申請を希望する者は、出願書類受付期間の1か月前には必要書類を愛媛大学医学部学務課に提出してください。

(2) 在学期間

在学期間は、1年以内です。ただし、研究上必要があると認められる場合には、在学期間を更新することができます。

【注】研究期間は当該年度末（3月31日）までとし、引き続いて研究を希望する場合は、期間更新の手続きを行ってください。

2. 出願書類受付期間及び受付場所

(1) 出願書類受付期間

①【前学期】4月入学の場合 平成30年2月22日（木）まで

（土曜日、日曜日及び休日を除く毎日午前9時から午後5時まで）

②【後学期】10月入学の場合 平成30年8月30日（木）まで

（土曜日、日曜日及び休日を除く毎日午前9時から午後5時まで）

※その他の月の入学希望者は、随時受付を行いますが入学希望日の1ヶ月前までに
出願書類を提出してください。

(2) 出願書類受付場所

愛媛大学医学部学務課

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

TEL 089-960-5868

FAX 089-960-5133

3. 出願手続

志願者は、予定する研究科指導教員とあらかじめ面談のうえ、研究生出願についての了承を得て、次の書類を医学部学務課まで提出してください。

(1) 提出書類

- ① 研究生入学願書・・・・様式 1
- ② 履 歴 書・・・・様式 2
- ③ 修 了 証 明 書・・・・最終出身学校の学校長の証明するもの
※修了見込みの者が出願する際には、修了見込証明書（在学校の学校長の証明するもの）を提出し、入学手続きの際に修了証明書（最終出身学校の学校長の証明するもの）を提出してください。
- ④ 成 績 証 明 書・・・・最終出身学校の学校長の証明するもの
- ⑤ 写 真 （ 2 枚 ）・・・・出願前 3 ヶ月以内に撮影した上半身、無帽のもの
（入学願書、履歴書の各所定欄に貼付）
- ⑥ 研 究 計 画 書・・・・様式 3
- ⑦ 確 約 書・・・・様式 4（出願時に有職の者）
- ⑧ 承 諾 書・・・・様式 5（出願時に有職の者）
- ⑨ 住 民 票 の 写 し・・・・外国籍の者のみ
（又は在留資格、在留期間を確認できる書類）

(2) 検定料 9, 8 0 0 円

出願書類を提出し、内容の確認が終わってから「払込取扱票」及び「検定料払込証明書」をお渡ししますので、最寄りの郵便局又はゆうちょ銀行の窓口から払い込んでください。その際、「払込受領証」と「郵便振替払込受付証明書（大学提出用）」を受領してください。このうち「郵便振替払込受付証明書（大学提出用）」を「検定料払込証明書」の指定の欄に貼付して、医学部学務課へ提出してください。

※出願受付最終日は、払込手続きの時間の関係で、出願書類を午前中に提出してください。

なお、受理した検定料は、次に該当する場合を除き返還できません。

- ① 検定料を納付したが、愛媛大学に出願しなかった場合
- ② 検定料を誤って二重に納付した場合又は誤って所定の金額より多く納付した場合
- ③ 出願書類等を提出したが、出願が受理されなかった場合

【入学手続要領】

1. 入学許可

出願書類の受理後、研究科の定めるところにおいて選考され、研究科教授会等の議を経て、学長が入学を許可します。

志願者は、あらかじめ指定する期日に医学部学務課において入学の可否の通知を受けてください。

2. 入学手続

入学を認められた者は、次の入学関係書類を医学部学務課まで提出してください。

- (1) 研 究 生 保 証 書・・・・様式 6
- (2) 宣 誓 書・・・・様式 7
- (3) 学 生 記 録・・・・様式 8
- (4) 写 真 （ 1 枚 ）・・・・出願前 3 ヶ月以内に撮影した上半身、無帽のもの
（学生記録の所定欄に貼付）
- (5) 健 康 診 断 書・・・・様式 9（入学前 6 か月以内に受診したもの）

(6) 入学料振込証明書・・・所定の様式

3. 入学料 84,600円(本学を卒業又は修了した者は無料)

入学料については、「振込依頼票(入学料)」で、最寄りの金融機関(郵便局及びゆうちょ銀行を除く。)の窓口で振り込んでください。その際、「振込受領証(入学料領収書)」と「振込受付証明書」を受領してください。このうち「振込受付証明書」を「入学料振込証明書」の指定の欄に貼付して、提出してください。

※なお、受理した入学料は、次に該当する場合を除き返還できません。

- ① 愛媛大学に入学料を納入した者が、入学手続きをしなかった場合
- ② 入学料を納入した者が、入学手続き期間内に入学を辞退した場合
(手続き期間終了後に辞退した場合は、返還しません。)

4. 入学許可通知書等の交付

入学料が納付され次第、入学許可証等を交付します。

5. 授業料 月額 28,900円(半期分 173,400円)

本学を卒業又は修了した者は、月額14,400円

(半期分 86,400円)

半期毎に一括して納付

入学後、大学から本人宛に送付される「振込依頼票(授業料)」を使用して、最寄りの金融機関(郵便局及びゆうちょ銀行を除く。)の窓口で授業料を振り込んでください。

【期間更新・変更・退学手続要領】

1. 期間更新の手続

研究上、在学期間の更新が必要と認めるときは、指導教員と相談のうえ、在学期間の更新について了承を得て、次の書類を医学部学務課に提出してください。

(1) 提出書類

- ① 研究期間更新願・・・様式10
- ② 研究更新計画書・・・様式11
- ③ 確約書・・・様式12(更新時に有職の者)
- ④ 承諾書・・・様式13(更新時に有職の者)

(2) 期間更新手続期間

在期間更新手続受付期間は、【出願要項】2.(1)の出願書類受付期間内です。

(3) 期間更新の許可

上記提出書類の受理後、研究科教授会等の議を経て、学長が許可します。

(4) 授業料

期間更新の許可後、大学から本人宛に送付される「振込依頼票(授業料)」を使用して、最寄りの金融機関(郵便局及びゆうちょ銀行を除く。)の窓口で授業料を振り込んでください。

2. 期間変更の手続

一身上の都合等により研究期間を変更する場合、指導教員と相談のうえ、在学期間の更新について了承を得て、次の書類を医学部学務課に提出してください。

(1) 提出書類

- ① 研究期間変更願・・・様式14

② 研究変更計画書・・・様式15

(2) 期間変更の許可

上記提出書類の受理後、研究科教授会等の承認を経て、学長が許可します。

3. 退学の手続

退学しようとするときは、指導教員及び医学部学務課に相談のうえ、次の書類を提出してください。

(1) 提出書類

退学願・・・様式16

必要事項を記入のうえ、速やかに医学部学務課へ提出してください。

(2) 退学の許可

上記提出書類の受理後、研究科教授会等の承認を経て、学長が許可するとともに退学許可通知書を交付します。

【除籍について】

研究生に適しないと認められた者は、研究科長の申請により学長が除籍することがあります。

【個人情報の取扱い】

本学では、提出された出願書類に記載された氏名、住所等の個人情報は、本学における出願の事務処理、出願書類等に不備があった場合の連絡等のために利用します。

また、同個人情報は、合格者の入学後の教務関係（学籍・修学指導等）、学生支援関係（健康管理等）、授業料等に関する業務及び調査・研究（志願動向の調査・分析等）を行う目的をもって利用し、本学が定める「国立大学法人愛媛大学個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）」に基づき、適切に管理します。

国立大学法人愛媛大学個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）

<https://www.ehime-u.ac.jp/disclosure/privacy-policy/>

研究生の出願・入学手続等必要書類一覧

- 出願手続きにおける書類等
 - 1. 研究生入学願書 様式 1
 - 2. 履歴書 様式 2
 - 3. 修了証明書 出身教育機関等の様式
(修了見込証明書)
 - 4. 成績証明書 出身教育機関等の様式
 - 5. 写真 2 枚 入学願書, 履歴書の各所定欄に貼付
 - 6. 研究計画書 様式 3
 - 7. 確約書 様式 4 (有職者のみ)
 - 8. 承諾書 様式 5 (有職者のみ)
 - 9. 住民票の写し又は在留資格, 在留期間を確認できる書類 (外国籍の方のみ)
 - 10. 検定料払込証明書 所定の様式
- 入学手続きにおける書類等
 - 1. 研究生保証書 様式 6
 - 2. 宣誓書 様式 7
 - 3. 学生記録 様式 8
 - 4. 写真 1 枚 学生記録の所定欄に貼付 (なお, 学生証にも使用します)
 - 5. 健康診断書 様式 9
 - 6. 入学料振込証明書 所定の様式
 - 7. 修了証明書 出身教育機関等の様式
(出願時に修了見込みであった者のみ)
- 期間更新手続きにおける書類等
 - 1. 研究期間更新願 様式 1 0
 - 2. 研究更新計画書 様式 1 1
 - 3. 確約書 様式 1 2 (有職者のみ)
 - 4. 承諾書 様式 1 3 (有職者のみ)
- 期間変更手続きにおける書類等
 - 1. 研究期間変更願 様式 1 4
 - 2. 研究変更計画書 様式 1 5
- 退学手続きにおける書類等
 - 1. 退学願 様式 1 6 (在籍期間内に退学する場合のみ)

★ 問い合わせ先 ★

愛媛大学医学部学務課

TEL 089-960-5868

FAX 089-960-5133

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

研 究 生 入 学 願 書

愛 媛 大 学 長 殿

貴学大学院医学系研究科研究生として入学したいので、御許可くださるようお願いします。

平成 年 月 日

ふりがな 氏 名			受付番号	
生 年 月 日	平成・昭和	年	月	日 男・女
現 住 所 (連 絡 先)	(〒 —)		写真貼付欄	
	E-mail 電話番号(市外局番 —) 携帯電話番号 (—)			
最 終 学 歴	国・公・私立 大学大学院 研究科 専攻 平成・昭和 年 月 日 修了・修了見込			
免許取得年月	昭和 平成 年 月 医師免許 ・ 看護師免許 取得			
職 業 及 び 勤 務 先				
勤 務 先 所 属 長 署 名				
研 究 期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 か月・1年			
研 究 題 目				
指 導 教 員 名				
備 考				

注意事項

- 志願者は、本書に以下の書類を添えて出願してください。
 - 履歴書 (2) 修了証明書又は修了見込証明書 (3) 成績証明書
 - 写真2枚(願書及び履歴書に貼付) (5) 研究計画書 (6) 確約書 (7) 承諾書
 - 住民票の写し(外国籍の方のみ) (9) 検定料
- 入学料は入学が許可された後、直ちに納付してください。
- 提出された出願書類に記載された氏名、住所等の個人情報、本学における出願の事務処理、出願書類等に不備があった場合の連絡等のために利用します。
また、同個人情報、合格者の入学後の教務関係(学籍、修学指導等)、学生支援関係(健康管理等)、授業料等に関する業務及び調査・研究(志願動向の調査・分析等)を行う目的をもって利用し、本学が定める「国立大学法人愛媛大学個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)」に基づき、適切に管理します。

履 歴 書		
平成 年 月 日現在		
● ふりがな		男 ・ 女
● 氏名		縦：36～40mm 横：24～30mm
● 生年月日		本人単身 裏面のりづけ
平成・昭和 年 月 日 (満 歳)		
● 現住所 〒 (-)		
電話番号(市外局番) - () 携帯電話番号() - ()		
● 連絡先(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		
〒 (-)		
電話番号(市外局番) - ()		
● 学歴・職歴(各別にまとめて書く)		
年	月	
● 免許・資格・表彰		
年	月	
● 特技		

愛媛大学大学院医学系研究科

● 志望動機

● 大学で学んだこと（所属教室・ゼミナール・その他）

● サークル活動・ボランティア活動・在外体験等

● 自己アピール

● その他（本人希望等）

--

研 究 計 画 書

1. 研究目的及び研究計画の概要

2. 共同研究者の職及び氏名

平成 年 月 日

申 請 者 _____

指導教員 _____

(注) 氏名は、必ず自署してください。

確 約 書

平成 年 月 日

愛 媛 大 学 長 殿

氏 名 _____

私は、愛媛大学大学院 医学系研究科 に研究生として入学し、

指導教員 _____ のもとに

(研究題目) _____ について

研究することを希望しておりますが、このことは全く私の個人的研究である

ことを確約します。

(注) 氏名は、必ず自署してください。

※ 該当者のみ提出のこと。

承 諾 書

平成 年 月 日

愛 媛 大 学 長 殿

勤 務 先

勤 務 先
代表者氏名 _____ 印

下記の者が、現職 _____ で在職のまま貴大学大学院医学系

研究科研究生して研究することを承諾いたします。

記

出願者氏名

期 間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

※ 該当者のみ提出のこと。

研 究 生 保 証 書

平成 年 月 日

愛 媛 大 学 長 殿

学 生	研究科	医学系研究科		年度入学
	ふりがな		生年月日	平成 年 月 日 昭和
	氏 名			

上記の者が、貴学在学中は、貴学の教育方針に従い、諸規則を遵守させることはもとより、本人の一身上のことについては、私が責任を持ちます。

なお、所定の授業料等貴学に対する債務については、本人と連帯して責任を負い、定められた期日までに納付します。

保 証 人	現 住 所 (電話)	(〒 -)		
		電話番号		
	ふりがな		生年月日	平成 年 月 日 昭和
	氏 名			
	学生との続柄			

- (注) 1 保証人は、父母又はこれに準ずる者（20歳以上の身元確実な者）とします。
- 2 保証人又は保証人の住所、その他に異動があったときは、直ちに所属研究科の研究科長へ届け出てください。
- 3 保証人を変更したときは、新たに保証書を提出してください。
- 4 保証人欄は、保証人が自署してください。

宣 誓 書

愛 媛 大 学 長 殿

このたび貴学へ入学を許可されましたうえは、在籍中学則その他諸規則を守ることはもちろん、学籍を離れた後も在籍中に生じた一切の義務は、必ず責任を持って履行することを固く誓います。

平成 年 月 日

愛媛大学大学院

医学系研究科 研究生

氏 名

年 月 日生

(注) 氏名は必ず自署してください。

(平成 年 月 日提出)

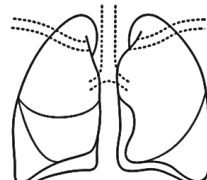
【大学院研究生用】

- (注) 1 住所欄は、都道府県名から記入してください。
2 保護者等欄は、父母又はそれに代わる者を記入してください。
3 記入事項のない欄は、空欄としないで「該当事項なし」と記入してください。
4 本学生記録は、生活指導及び保護者への連絡に使用します。

健康診断書

Certificate of Health

日本語または英語により記載すること Please fill out this form in Japanese or English.

氏名 Name			性別 Sex	☐ 男 Male ☐ 女 Female	生年月日 Date of birth	/ / YYYY / MM / DD
身長 Height	. cm		視力 Vision	右 ☐ 支障なし ☐ 有() Right None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.		
体重 Weight	. kg			左 ☐ 支障なし ☐ 有() Left None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.		
尿検査 Urine Test	糖 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Sugar		聴力 Hearing	右 ☐ 支障なし ☐ 有() Right None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.		
	蛋白 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Protein			左 ☐ 支障なし ☐ 有() Left None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.		
血圧 Blood Pressure	/ mmHg					
結核 検査 Tuberculosis testing	胸部 X 線 検査 Chest X-ray	撮影日 Date	/ / YYYY / MM / DD		フィルム番号 Film No.	
		撮影方法 Method	☐ 間接 Indirect ☐ 直接 Direct ☐ その他() Other			
		所見 Results	☐ 正常 Normal ☐ 異常() Abnormal 			
身体所見 Physical status	☐ 支障なし None or will not adversely affect studies. ☐ 有() If yes, please comment.					
精神所見 Mental Health Problem & Drug addictions	☐ 支障なし None or will not adversely affect studies. ☐ 有() If yes, please comment.					
総合所見 Overall Health Condition	☐ 良 Good ☐ 可 Fair ☐ 不可() Poor					

年月日
Date of issue

/ /
YYYY/MM/DD

医療機関名 Name of medical facility

所在地 Address and Postal-code

電話 Phone number

FAX 番号 Fax number

医師名 Doctor's signature