

岩手保健医療大学大学院 事前相談票

(※相談者は太罫線以外をご記入ください)

相談日時： 年 月 日

受験予定者氏名		性別／ 年齢	男・女／_____歳
希望する看護学領域別	<input type="checkbox"/> 基礎・地域連携看護学領域 [基礎・地域] <input type="checkbox"/> 臨床・応用看護学領域 [老年・母性・小児・精神] <input type="checkbox"/> 看護管理学領域		
考えている研究テーマ	_____ ・ 未定		
連絡先	住 所： 電 話： E-mail：		
勤務先（職位）	_____ (_____) ・ 無職		
最終学歴 (在学中含む)	_____ 大学卒・短期大学卒・専門学校卒・見込み		
直近の職歴	① _____ (西暦 _____ 年 月～ _____ 年 月)		
	② _____ (西暦 _____ 年 月～ _____ 年 月)		
これまでの研究発表及び雑誌投稿の実績	① _____		
	② _____		
	③ _____		
講習会等の修了実績（修了年）	① _____		
	② _____		
認定看護師など（取得年）	① _____ (_____ 年)		
	② _____ (_____ 年)		
長期履修の予定（理由）	有 ・ 無 (_____)		
修学にあたっての心配事	_____		
対応した教員名（分野）	基礎 ・ 地域 ・ 老年 ・ 母性 小児 ・ 精神 ・ 看護管理		
備考（所見）	_____		

(ご対応いただいた先生は、各項目をご記入のうえ、大学院学務課までご提出ください。)