

新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命福祉学専攻（博士前期課程）

入学志願票

選抜区分	1. 一般選抜
	2. 社会人特別選抜

(いずれかの該当する募集区分及び選抜区分を○で囲んでください。)

フリガナ 氏 名		昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	性 別	※受験番号	
			男 女		
				国 籍	
出 願 資 格	大学	年 月 大学 学部 学科 [中退・卒業・卒業見込]			
	大学院	年 月 大学大学院 研究科 専攻 [中退・修了・修了見込]			
	その他				
現住所		〒 (電話)			
緊急 連絡先		〒 (電話)			
(記入上の注意) 1. 黒のボールペンを用い、楷書で明確に記入してください。 2. 履修事項を裏面に記入してください。 3. ※印欄は記入しないでください。 4. 年齢は、令和5年4月1日現在の満年齢を記入してください。 (裏面記入欄あり)					

検定料納付証明書
(新潟大学提出用)

貼 付 欄

○金融機関の窓口で受領した
検定料納付証明書（新潟大
学提出用）を貼付してくだ
さい。

(取扱金融機関の収納印が押印
されていることを必ず確認して
ください。)

履 歴 書		
区分	年・月・日	事 項
学 歴	・ ・	高等学校 卒業
	・ ・	大学 学部 入学
	・ ・	大学 学部 卒業・卒業見込
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
職 歴	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
資 格	・ ・	
	・ ・	
	・ ・	
賞 罰	・ ・	
	・ ・	
上記のとおり相違ありません。		
令和 年 月 日		
志願者氏名		
印		