

博士課程

提出用紙

出願区分に○をつける	
<input type="radio"/>	I 期 試 験
<input type="radio"/>	II 期 試 験

履 歴 書

日本体育大学大学院保健医療学研究科

受験番号	※
------	---

現住所	〒 _____ 電話 (_____) _____				
フリガナ		国籍 <small>(外国籍を有する者のみ)</small>	男・女	生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 <small>(2026年4月1日で満 _____ 歳)</small>
氏名					
学歴 <small>(西暦)</small>	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
修士論文名					
職歴 <small>(西暦)</small>	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
免許・資格 <small>(見込みを含む)</small>					

出願区分に○をつける

I 期 試 験

II 期 試 験

様 式

研 究 業 績 一 覧

日本体育大学大学院保健医療学研究科

氏 名				受験番号	※
著書、学術論文等の名称	単著・共著 の別	発行・発表の年月	発行所、発表雑誌等・ 発表学会等の名称	概 要	

(該当者のみ提出)

出願区分に○をつける	
<input type="radio"/>	I 期 試 験
<input type="radio"/>	II 期 試 験

受験番号	※
------	---

西暦 年 月 日

承 諾 書

日本体育大学大学院保健医療学研究科長 殿

所在地

勤務先名

雇用責任者
または
代表者氏名

(公印)

下記の者が、2026年度日本体育大学大学院保健医療学研究科

(専攻名)

博士課程

専攻

の入学試験を受験し、合格のうえは在職のまま入学することを承諾します。

記

氏 名

(該当者のみ提出)

出願区分に○をつける	
<input type="radio"/>	I 期 試 験
<input type="radio"/>	II 期 試 験

受験番号	※
------	---

日本体育大学大学院保健医療学研究科

在 職 証 明 書

志願者氏名 _____

生 年 月 日 西 暦 年 月 日

採用年月日 西 暦 年 月 日

所 属 _____

備 考 _____

以上のとおり在職を証明します。

西 暦 年 月 日

住 所 _____

勤 務 先 名 _____

雇 用 責 任 者
また
代 表 者 氏 名 _____ (公印)

注) 退職した場合は、備考に退職年月日を記入してください。

年度入学試験に係る事前相談について

西暦 年 月 日

日本体育大学大学院入試実施本部長 殿

受験に際し配慮を希望する事項について事前に相談したく、診断書等を添付の上で申し出ます。

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 (性別:)
住所	(〒 -)
電話番号	
メールアドレス	
出身学校	(年 月 日 卒業・卒業見込み)
志望研究科	研究科 課程 専攻
障がいの種類・程度	
受験に際し配慮を希望する事項	

添付書類

- ① 医師の診断書(原本又は写し)
- ② 障害者手帳 (写)
- ③ その他相談する際に必要と考えられる参考資料

博士課程

出願資格認定審査
申請書類

出願区分に○をつける	
<input type="radio"/>	I 期 試 験
<input type="radio"/>	II 期 試 験

受付番号	*
------	---

西暦 年 月 日

出 願 資 格 認 定 審 査 申 請 書

日本体育大学大学院保健医療学研究科長 殿

2026年度日本体育大学大学院保健医療学研究科博士課程入学試験を受験するにあたり、出願資格の認定を受けたく、下記のとおり申請いたします。

フリガナ		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	西暦 年 月 日生 2026年4月1日で満 歳
氏 名		印		
国 籍 (外国籍を有する者のみ)				
連 絡 先 (審査結果連絡先)	〒 - (電話 - -)			
最 終 学 歴 (詳細に)				(西暦) 年 月 卒業・卒業見込
志 望 専 攻	専攻			
希 望 す る 指 導 教 員				
本学大学院 での研究目的				
本学大学院 修了後の計画				

出願区分に○をつける

○ I 期 試 験

○ II 期 試 験

学 歴 ・ 職 歴 調 書

日本体育大学大学院保健医療学研究科

志望専攻 □に✓してください	<input type="checkbox"/> 運動器柔道整復学専攻 <input type="checkbox"/> 救急災害医療学専攻			大 学 記入欄	※
フリガナ	国籍(外国籍を有する者のみ)		性 別	生 年 月 日	
氏 名			男・女	西暦	年 月 日生 (2026年4月1日で満 歳)
学 歴 (西 暦)	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
職 歴 (教育歴等を含む) (西 暦)	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
社会における 活動、受賞等					
免許・資格 (見込みを含む)					
※取得年月日も記載すること					

出願区分に○をつける

I 期 試 験

II 期 試 験

出願資格認定審査 様式

研究歴・指導歴概要書

日本体育大学大学院保健医療学研究科

氏 名				受験番号	※	
著書、学術論文等の名称	査読の有無 (有りの場合は「○」を記入)	単著・共著 の別	発行・発表の年月	発行所、発表雑誌等・ 発表学会等の名称	概 要	

※ 本様式については、同様のものをパソコン等で作成したものでも可とする。

博士課程

