

2024年度 横浜市立大学大学院医学研究科 研究生出願要項

この制度は、研究主題を定め、教員の指導のもとに専門事項の研究を希望する者を学長が研究科教授会の承認を経て、研究生として入学を許可するものです。

1 入学定員

教室・分野による定員の定めはありませんが、若干名の受け入れを行っています。

2 出願資格

次のいずれかに該当する者

※但し、外国人は出願時に日本の在留資格（短期滞在を除く）を有する者

(1) 4年制大学を卒業した者（2024年3月卒業見込みの者を含む）

(2) 外国において学校教育における16年間の課程を修了した者

（2024年3月修了見込みの者を含む）

(3) 本研究科において大学を卒業した者と同等以上の学力があると認められた者

3 出願書類

入学を志願する者は、まず、指導を希望する教員と予め相談をし、次の書類を提出してください。

研究科目と指導教員の連絡先については4頁以降を参照してください。

(1) 入学願書（本学所定用紙）

指導を希望する教員の承認を受け、願書の「指導教員承認印」の欄に捺印してもらってから、提出してください。

日本国内における保証人の氏名・住所を必ず記入し押印の上、提出してください。

(2) 写真

1枚（縦3cm×横3cm）

出願日前3か月以内に撮影したものを入学願書に貼付

(3) 卒業（見込）証明書（最終出身学校のもの）又は同等程度認定証明書

※学位記の写しは不可です。

(4) 研究計画書等

これまでの学習内容（論文等の研究業績がある場合は記入してください。）と入学後の研究計画をA4サイズの用紙に記入し、提出してください。（※日本語あるいは英語）

(5) 入学志願者健康診断書

本学所定用紙で出願日前3か月以内に作成したもの

(6) 外国人は住民票の写しの原本

(7) 返信用封筒 1通

角形2号封筒（A4サイズが入る大きさ）に住所・氏名を明記のうえ、送料分の切手を貼付してください。

※切手料金は、出願時最新の情報をご確認ください。

（2024年1月現在）送料分の切手料金：**490円**

= 「基本料金（100g以内、定形外規格内）」140円 + 「簡易書留料金」350円

(8) 入学検定料の振替払込請求書兼受領証

4 入学検定料

9, 800円

出願時に納入してください。なお、納入した入学検定料は返還いたしません。

※期間延長申請者は納入する必要がありません。

5 出願手続

(1) 出願期日

入学希望月の3か月前(看護学専攻は4か月前)の25日(25日が土・日・祝日の場合は直前の平日)まで。12月29日～1月3日の間を除く平日。

※4月1日入学を希望する場合、医科学専攻は1月25日まで、看護学専攻は12月25日まで。

(2) 提出先

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9

横浜市立大学医学教育推進課 学務・教務担当

TEL 045-787-2530

(3) 提出方法

上記提出先の窓口受付時間内(8:45～17:00)に、出願書類を一括して提出してください。

郵送の場合は、封筒表面に「医学研究科研究生入学願書在中」と朱書きし、簡易書留郵便で、期日内必着で送付してください。

6 選抜方法

指導教員による口述試験、及び、書類審査を行います。

※試験日程、試験会場につきましては、各自で志望する指導教員にアポイントをとってください。

7 合格発表

本人宛てに合否結果を通知(郵送)します。

※合否について、電話等でのお問い合わせには応じることができません。

8 入学手続

合格者には、合格通知と併せて入学手続き関係書類を郵送しますので、速やかに入学金と施設設備費の納入及び入学手続き書類を作成してください。

入学手続き期日は、入学希望月前月の25日(25日が土・日・祝日の場合は直前の平日)までに行ってください。

(1) 入学金(入学辞退等理由の如何にかかわらず、一切返還することができません。)

市内出身者及び横浜市立大学卒業生 90,000円

市外出身者 180,000円

市内出身者とは、入学の日の1年以上前(2023年4月1日以前)から、引き続き本人又はその扶養義務者が横浜市内に住所を有する方をいいます。入学金の市内扱いを受ける場合には、入学手続窓口で次の書類を提示する必要があります。

該当事項	提示書類
本人が横浜市内に住所を有する場合	入学の日の1年以上前(2023年4月1日以前)から横浜市に在住の記載がある、本人の住民票抄本(本籍地記載のないもの)の写しの原本
扶養義務者が横浜市内に住所を有する場合	入学の日の1年以上前(2023年4月1日以前)から横浜市に在住の記載がある、扶養義務者の住民票抄本(本籍地記載のないもの)の写しの原本及び本人との扶養関係を証明する書類(例えば給与支払者の証明、健康保険証等の写し)

【注】1. 上記の扶養義務者とは、直系血族及び兄弟姉妹、また、特別な場合は3親等内の親族で本人の主たる生計を事実上維持している方です。

2. 提出書類は入学手続日より1か月以内の発行日のものをご提示ください。

3. 記載事項が事実と異なる場合やその他不正がある場合は、入学資格を取り消します。

なお、疑問・不明な点は、事前に「企画財務課 企画財務担当(TEL:045-787-2010)」までお問い合わせください。

(2) 施設設備費

150,000円

本学医学部医学科、医学研究科の卒業生等で、既に150,000円の施設設備費を納めていただいている方は免除します。本学医学部看護学科、国際総合科学部等の卒業生で、既に150,000円に満たない施設設備費を納めていただいている方は差額をお支払いいただきます。

(3) その他

後援会費 20,000円

後援会は、医学部及び医学研究科の教育・研究の充実に対する支援や学生の福利厚生に対する援助活動を行っております。

後援会費は、本学医学部・医学研究科を修了された方を含め、研究生入学時にご負担をお願いしておりますので、ご協力ください。

9 研究料

年額 356,400円(2024年度予定)

入学後に上記金額を2回に分けてお支払いいただきます。なお、初回のお支払いにつきましては銀行振込、2回目以降は口座振替によりお支払いいただきます。

年度途中で入学される場合、1年目の研究料は月割りの金額を納入いただきます。継続2年目以降は前期分(4月1日～9月21日)、後期分(9月22日～3月31日)の2期に分けて、口座振替によりお支払いいただきます。期中1日でも在籍された場合は、1期分(年額研究料の半額)をお支払いいただきますので、研究終了時期にご注意ください。入学時期、研究料について不明な点は事前に必ずご相談ください。

10 注意事項

(1) 研究料等の金額を改定する場合があります。

手続き以降、金額が改定された場合は、改定後の金額が適用されます。

(2) 各種証明書は原本に限ります。

(3) 提出された書類は返却いたしません。

(4) 研究生には、通学定期券、学割などの申請資格はありません。

11 出願要項(入学願書、健康診断書、振込用紙の各用紙含む)の請求方法

郵送でのお取り寄せを希望する場合は、角形2号の返信用封筒(郵送先の住所・氏名を明記、120円分の切手を貼付)を入れた封筒を下記お問い合わせ先までご郵送ください。

郵送用封筒の表には、朱書きで「医学研究科研究生出願要項請求」とお書き下さい。

12 各種書類提出先・お問い合わせ先

〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9

横浜市立大学医学教育推進課 学務・教務担当(大学院担当)

【医科学専攻】045-787-2530 【看護学専攻】045-787-2532

※安全保障輸出管理について

横浜市立大学では、「外国為替及び外国貿易法」に基づき「公立大学法人横浜市立大学 安全保障輸出管理規程」を定めて、物品の輸出、技術の提供、人材の交流の観点から外国人留学生の受入れについて厳格な審査を実施しています。規制されている事項に該当する場合は、希望する研究活動に制限がかかる場合や、教育が受けられない場合がありますので、願書の提出の前に指導教員予定者と相談するなど、出願にあたって注意してください。なお、入学時に、入学者全員に「外国為替及び外国貿易法」を遵守する誓約書に署名していただきます。

研究科目名、指導教員名、連絡先一覧

【医科学専攻】

研究科目名	指導教員名	連絡先
微細形態学	大保 和之 教授	045-787-2567
神経解剖学	船越 健悟 教授	045-787-2571
循環制御医学	研究室にお問い合わせください	045-787-2575
生理学	高橋 琢哉 教授	045-787-2579
生化学	緒方 一博 教授	045-787-2591
分子生物学	高橋 秀尚 教授	045-787-2597
薬理学	徳留 健 教授	045-787-2595
分子生体防御学	研究室にお問い合わせください	045-787-2602
免疫学	田村 智彦 教授	045-787-2614
病態病理学	研究室にお問い合わせください	045-787-2583
分子病理学	藤井 誠志 教授	045-787-2587
臓器再生医学	小川 毅彦 教授	045-787-2784
遺伝学	松本 直通 教授	045-787-2606
臨床統計学	山本 紘司 教授	045-787-2572
法医学	井濱 容子 教授	045-787-2618
医学教育学	稲森 正彦 教授	045-787-2626
幹細胞免疫制御内科学	中島 秀明 教授	045-787-2630
呼吸器病学	金子 猛 教授	045-352-7962
循環器内科学	日比 潔 教授	045-787-2635
病態制御内科学	田村 功一 教授	045-787-2635
消化器内科学	前田 慎 教授	045-787-2326
肝胆膵消化器病学	中島 淳 教授	045-787-2640
分子内分泌・糖尿病内科学	寺内 康夫 教授	045-787-2639
神経内科学	田中 章景 教授	045-787-2725
がん総合医科学	市川 靖史 教授	045-787-2623
外科治療学	齋藤 綾 教授	045-787-2645
消化器・腫瘍外科学	遠藤 格 教授	045-787-2650
生体制御・麻酔科学	後藤 隆久 教授	045-787-2918
救急医学	竹内 一郎 教授	045-787-2800
脳神経外科学	山本 哲哉 教授	045-787-2663
生殖生育病態医学	宮城 悦子 教授	045-787-2691
発生成育小児医療学	伊藤 秀一 教授	045-787-2670
泌尿器科学	槇山 和秀 教授	045-787-2679

研究科目名	指導教員名	連絡先
運動器病態学	稲葉 裕 教授	045-787-2655
形成外科学	林 礼人 教授	045-787-2709
放射線診断学	宇都宮 大輔 教授	045-787-2696
放射線治療学	幡多 政治 教授	045-787-2694
精神医学	研究室にお問い合わせください	045-787-2667
視覚器病態学	水木 信久 教授	045-787-2683
視覚再生外科学	門之園 一明 教授	045-253-5372
頭頸部生体機能・病態医科学	折館 伸彦 教授	045-787-2687
環境免疫病態皮膚科学	山口 由衣 教授	045-787-2675
顎顔面口腔機能制御学	光藤 健司 教授	045-787-2659
リハビリテーション医学	中村 健 教授	045-787-2713
総合診療医学	太田 光泰 教授 (代行教授 稲森 正彦 教授)	045-787-2706、045-350-8865

【看護学専攻】

研究科目名	指導教員名	連絡先
看護生命科学分野*1	赤瀬 智子 教授	akase@yokohama-cu.ac.jp
基礎看護学分野*2	佐藤 政枝 教授	m_satoh@yokohama-cu.ac.jp
看護管理学分野	勝山 貴美子 教授	katuyama@yokohama-cu.ac.jp
先端成人看護学分野	千葉 由美 教授	ychiba@yokohama-cu.ac.jp
成人看護学分野*3	玉井 奈緒 教授	tamai.nao.tx@yokohama-cu.ac.jp
老年看護学分野	叶谷 由佳 教授	ykano@yokohama-cu.ac.jp
小児看護学分野	佐藤 朝美 教授	sato0515@yokohama-cu.ac.jp
母性看護学分野*4	中村 幸代 教授	nakamura@yokohama-cu.ac.jp
精神看護学分野	山田 典子 教授	yamada.nor.zx@yokohama-cu.ac.jp
地域看護学分野	有本 梓 教授	arimotoa@yokohama-cu.ac.jp

*1 周麻酔期看護学、*2 看護プロフェッショナル教育学、*3 がん看護学、*4 助産学を含みます。
 ※志望教員との面接及び研究室の見学を希望する場合には、各担当教員の連絡先電話をご利用ください。
 その他不明の点は、下記までお問合せ下さい。

問合せ先 学務・教務担当 (大学院担当)

【医科学専攻】 045-787-2530

【看護学専攻】 045-787-2532

年 月 日

指導教員承認印

2024年度横浜市立大学大学院医学研究科

研究生入学願書

写真貼付欄
縦3cm×横3cm
正面向、上半身、脱帽、
出願日前3か月以内に
撮影したもの。

ふりがな 氏 名	男・女	外国人の 場合国籍	
生年月日	年 月 日 生		
現住所	〒 TEL () 携帯電話番号 Eメール <input type="checkbox"/> 入学日の1年以上前から引き続き本人または扶養義務者が横浜市内に住所を有する (該当する場合チェックを入れてください)		
ふりがな 保証人氏名	印	本人との 関係	
保証人住所	〒 TEL ()		
学 歴	最 終 学 校 名		
年 月 年 月			
学 歴	最終学校以外の横浜市立大学での学歴(学部学生、大学院学生、研究生)		
年 月 年 月			
職 歴	勤 務 先 名		
年 月 年 月			
年 月 年 月			
年 月 年 月			
研究科目			
研究テーマ			
指導教員氏名			
研究期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
上記のとおり研究生として入学許可をお願いいたします。			
横浜市立大学長		氏 名	年 月 日 印

研究科教授会承認年月日

年 月 日

入学許可年月日

年 月 日

2024年度 横浜市立大学大学院医学研究科
入学志願者健康診断書

大学院研究生

受験番号 ※

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	T/S/H 年 月 日生
現住所	〒		

胸部X線検査	所見 直接撮影 No _____ 撮影日 年 月 日
主な既往症及び 特記事項 (治療中の疾患も 記載のこと)	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名 印	

記入上の注意

- ※欄は大学が記入します。
- 出願日前3か月以内に受診したものに限りです。
- 大学の所定用紙でなくてもかまいません。
(この入学志願者健康診断書は、使用目的以外の利用は致しません。)