

2025年度 明星大学「研究生」志願書

1. 申請年月日等

申請年月日	(西暦) 年 月 日	明星大学在学時の 学籍番号※
-------	------------	-------------------

※該当者のみ記入してください。

2. 志望学部・在籍希望期間

志望学部・学科等		学部	学科	コース
希望する 在籍期間※	通年	<input type="checkbox"/> 通年 (4月1日～翌年3月31日)		
	前期	<input type="checkbox"/> 前期 (4月1日～9月18日)		
	後期	<input type="checkbox"/> 後期 (9月19日～翌年3月31日)		

※希望する在籍期間のいずれか1つにチェックをしてください。

3. 志願者氏名・住所等

カナ氏名				押印欄 ㊟	写真貼付 1.証明写真として撮影されたもの 2.正面半身脱帽 3.最近3か月以内撮影 4.縦4cm×横3cm・枠なし 5.白黒写真不可
漢字氏名					
英字氏名※					
生年月日 (西暦)	年 月 日生	年齢	歳		
性別	男 / 女	国籍			
現住所※	〒 - -				
携帯番号	- -	E-mail ※	@		

※英字氏名は、ヘボン式 (パスポートで使用する表記) で記載してください。姓 (大文字) ・名 (頭文字のみ大文字) の順に記載してください。

※現住所欄には出願時の住所を記入してください。入学後に住所が変わった場合は、速やかに住所変更手続きを行ってください。

※メールでご連絡することがあります。英数文字が正しく判別できるようご記入ください。

4. 学 歴

卒業年月日	学校名
(西暦) 年 月 日	高等学校卒業
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

5. 職 歴 (該当者のみ記入してください。)

在職期間	会社名等
(西暦) 年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	

6. 資 格 (該当者のみ記入してください。)

取得時期	資格名
(西暦) 年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

7. 指導教員の承認 ※指導教員の署名・押印が出願の必須条件です。指導教員の署名・押印がない場合、出願を受理することはできません。

署名年月日	指導教員氏名	押印欄
年 月 日		㊟

以上

【教務事務センター処理欄】

学籍担当	受付

2025年度 明星大学研究生 誓約書・同意書

明星大学学長 殿

私は、明星大学研究生として入学を希望するにあたり、以下の事項について、誓約するとともに同意します。

【誓約事項】

◇明星大学の建学の精神に従い、法令及び学則等諸規程を遵守し、学生としての本分を全うします。

【同意事項】

◇学則・諸規程に反する行為があった場合、その責を負い、いかなる処分をうけても異存ありません。

◇「明星大学における学生個人情報の取扱いについて」に記載されている個人情報の内容や利用目的等を理解し、その取扱い及び第三者提供について同意します。

記入年月日	(西暦)	年	月	日
志望学部等	学部	学部	コース	
氏名 (署名捺印)				印
連絡先 (携帯電話)	-	-		

私は、上記の者の在学中、保証人として以下の事項に同意します。

【同意事項】

1. 上記の者に、法令及び本学学則その他諸規程を遵守させ、学生の本分を全うさせます。
2. 上記学生の学籍異動(休学・退学・除籍・復籍等)の手続を行う場合、書面に連署します。
3. 上記の者の研究指導料債務に関し、学則に定める研究指導料を限度とし、保証の責を負います。※
4. 明星大学から上記の者に連絡がつかない場合、上記の者に代わり、明星大学からの連絡を受け取り、対応します。
5. 「明星大学における学生個人情報の取扱いについて」に記載されている個人情報の内容や利用目的を理解し、その取扱いについて同意します。

記入年月日	(西暦)	年	月	日
上記の者との続柄				
保証人氏名 (署名捺印)				印
保証人住所				
連絡先 (携帯電話)	-	-		

以上

※研究指導料は以下の通りです。

- ・理工学部・情報学部・デザイン学部・建築学部 : 年額 220,000円
- ・人文学部・経済学部・教育学部・経営学部・心理学部 : 年額150,000円

健康診断証明書 (明星大学提出用)

1. 本人記入欄 (志願者本人が予め記入し、医療機関に提出してください。)

氏名	
生年月日 (西暦)	年 月 日生
志望学部学科	

2. 医療機関記入欄

身長		cm	胸部エックス線所見 
体重		kg	
視力	右	()	
	左	()	
血圧	/		
検尿	糖 ()	蛋白 ()	
聴力			健康 ・ 要観察 ・ 要医療
備考			

診断の結果、上記の通り間違いのないことを証明する。

診断日 20 年 月 日

住所

医療機関名

医師の氏名

㊞