

2026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	☐ 通年 (4月1日～翌年3月31日)		
	前期	☐ 前期 (4月1日～9月18日)		
	後期	☐ 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※		〒		—					
		都道府県		市区町村					
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

※ワープロ又は手書きのいずれでも可とします。文字数の制限はありません。

志願者氏名		
志望学部・学科等	学部	学科

--

※記入欄が不足する場合は、複写して使用してください。また、下部にページ数を付してください。

[illegible]

3/5

2026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	学科	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	c m		胸部エックス線所見 
体重	k g		
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

㊞