令和６年度国立大学法人筑波技術大学大学院研究生の出願要項

本学大学院において，研究生として特定の専門事項について研究することを志願する者は，次により出願してください。

１ 出願資格

本学大学院に研究生として入学できる者は，①大学院修士課程を修了した者，若しくは②本学においてこれと同等以上の学力があると認められた者で，産業技術学専攻にあっては「イ」、保健科学専攻にあっては「ロ」，に該当するものとする。

（１） 要件

イ 聴覚障害者で両耳の聴力レベルがおおむね60デシベル以上＊のもの又は補聴器等の使用によっても通常の話声を解することが不可能若しくは著しく困難な程度のもの

＊裸耳（補聴器を外した状態又は人工内耳のスイッチをオフにした状態）での聴力レベル

ロ 視覚障害者で両眼の矯正視力がおおむね0.3未満のもの又は視力以外の視機能障害が高度のもののうち，拡大鏡等の使用によっても通常の文字，図形等の視覚による認識が不可能又は著しく困難な程度のもの若しくは将来点字等の特別の方法による教育を必要とすることとなると認められるもの

（２） 現職教育のため任命権者の命により大学に派遣される者

※出願に当たっては，あらかじめ志望する指導教員の内諾を得てください。

２ 出願書類等

（１）研究生入学願書（本学所定用紙） １通

（２）研究生指導教員内諾書（本学所定用紙） １通

※出願に当たっては，あらかじめ志望する指導教員の内諾を得てください。

（３）検定料 9，800円

（現職教育のため任命権者の命により派遣される公立学校の教職員は不要です）

納付方法 ： 銀行口座振込により納付してください。振込手数料は自己負担となります。

常陽銀行 研究学園都市支店
普通預金 ２５６２８１９
国立大学法人筑波技術大学 学長 石原保志

※１ 出願資格を確認のうえ納付してください。不明な点がある場合は，事前にお問い合わせ願います。

※２ 振込確認のため，「振込受取書」等のコピーを提出してください。

（４）最終出身学校の卒業又は修了（見込み）証明書 １通

（５）最終出身学校の成績証明書 １通

※（４）及び（５）については，当該学校を卒業後改姓した者は，そのことを証明できる書類を添付してください。

（６）聴覚障害に関する診断書（出願資格（イ）に該当する者・本学所定用紙） １通

視覚障害に関する診断書（出願資格（ロ）に該当する者・本学所定用紙） １通

（７）在職者は所属長の発行する「研究生出願承諾書」（様式適宜） １通

（ただし，現職教育のため任命権者の命により派遣される教職員は，この承諾書に代えて，教育委員会からの「派遣依頼書」を提出する）

（８）住民票の写し（外国人に限る。在留資格及び在留期間が記載されているもの） １通

※本学卒業（見込み）者は，（４），（５），（６）については，提出不要です。

３ 出願時期

原則として，次の時期に出願書類等を整えて，専攻対応の支援課担当係に提出してください。なお，郵送の場合は，書留郵便としてください。

（１）受付期間

入学時期	受　付　期　間
第１学期（４月１日）	令和６年２月１４日（水）～２月１６日（金）
第２学期（１０月１日）	令和６年８月１９日（月）～８月２１日（水）

（２）受付時間 ９：００～１６：００

４　選考及び入学許可

（１）書類審査により選考します。

（２）志望する指導教員の内諾が得られても，選考の結果，不合格となる場合があります。

（３）選考の結果は，郵便で通知します。また，合格者には，併せて入学手続書類等を送付します。

（４）所定の期間に入学手続を行った合格者に対して，研究生として入学を許可します。

なお，合格後入学を辞退する場合は，書面により，速やかに対応する支援課担当係に申し出てください。

（５）各入学時期における選考結果の通知及び入学手続き等は，おおむね次の予定で行います。

入学時期	選考結果の通知	入学手続
第１学期	令和６年３月下旬	令和６年　４月上旬
第２学期	令和６年９月下旬	令和６年１０月上旬

５　入学時期と研究期間

（１）入学の時期は，原則として学年の始め（４月）又は学期の始め（１０月）とします。

（２）研究期間は，原則として学期ごととし，入学を許可された年度内とします。

なお，引き続き研究を希望する者は，通算２年の範囲内で許可を得てこの期間を延長することができます。

６　入学時に必要な経費

入学手続きの際に，次の経費が必要になります。

（ただし，現職教育のため任命権者の命により派遣される公立学校の教職員は不要です。）

（１）入学料　　　　84,600円

（２）授業料（月額）　29,700円（**全研究期間分を一括して納入**）

※詳しくは，合格通知書とともに送付される入学手続書類等で確認してください。

７　その他

（１）願書提出後の研究期間等の変更は認めません。

（２）納付した検定料，入学料及び授業料は返還しません。

（３）図書館，課外活動施設及び食堂等は，一般学生と同様に利用することができます。

８　出願書類提出先及び問合せ先

専　攻　名	問合せ先（願書提出先）
産業技術学専攻	筑波技術大学聴覚障害系支援課教務係 〒305-8520 茨城県つくば市天久保4-3-15 ℡ 029-858-9328・9329 Fax 029-858-9335
保健科学専攻	筑波技術大学視覚障害系支援課教務係 〒305-8521 茨城県つくば市春日4-12-7 ℡ 029-858-9508・9509 Fax 029-858-9517
情報アクセシビリティ専攻	筑波技術大学聴覚障害系支援課企画調整係 〒305-8520 茨城県つくば市天久保4-3-15 ℡ 029-858-9333・9334 Fax 029-858-9335

個人情報の取扱いについて

本学では，出願に際しご提出頂いた氏名，生年月日，住所，成績及び障害，その他に関する個人情報は，次の範囲内で利用するとともに，適正な管理に努めます。

①　選考，入学手続き等の入学までの一連の業務。

②　入学後の修学・研究指導関係の業務。

③　その他，本学の教育・研究，学生支援に必要な業務及び統計・分析のための資料作成等の業務。

令和６年度国立大学法人筑波技術大学大学院研究生入学願書

<table>
<tr><td>研　究　生</td><td></td><td>検 定 料
納付確認</td><td>※</td><td>処　理
番　号</td><td>※</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td><td rowspan="2">写真貼付

（４㎝×３㎝）</td></tr>
<tr><td>氏　　名
（署名）</td><td colspan="4">

昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　（　　　歳）</td></tr>
<tr><td>現 住 所</td><td colspan="5">（〒　　　－　　　　）

℡　　　　－　　　－　　　　自宅・呼出（　　　　方）
Email</td></tr>
<tr><td rowspan="2">学　　歴</td><td colspan="5">大学　　　　学部　　　　学科　昭和　　　　　　卒　　業
学類　平成　　年　月
短期大学　　　　学群　　　　課程　令和　　　　　　卒　　業</td></tr>
<tr><td colspan="5">昭和　　　　　　修　　了
大学大学院　　　　課程　　　　研究科　平成　　年　月
令和　　　　　　修了見込</td></tr>
<tr><td>勤 務 先</td><td>有

無</td><td colspan="4">名　称
所在地

℡　　　－　　　－</td></tr>
<tr><td>研究期間</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　　日（　　　か月）</td></tr>
<tr><td>研究課題</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>志望所属</td><td>学科

専攻

部門</td><td>志　　望

指導教員</td><td colspan="3">職　名

氏　名</td></tr>
</table>

記入上の注意
　１　※印欄は記入しないこと。
　２　裏面も記入すること。

筑波技術大学大学院での研究計画（詳細に記入すること。）
在学中に専攻した専攻分野（詳細に記入すること。）
著書・論文（卒業論文を含む。題名，出版社名，出版年月日，出版場所を明記すること。）

国立大学法人筑波技術大学大学院研究生指導教員内諾書

フリガナ	
出願者氏名	
研究期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　　か月）
研究課題	

上記の者の指導教員となることを内諾します。

令和　　年　　月　　日

所　　属

職　　名

氏名（署名）

（注）出願者は，あらかじめ氏名，研究期間，研究課題を記入し，併せて所要事項を記入した「研究生入学願書」を志望指導教員に提示の上，内諾を得ること。

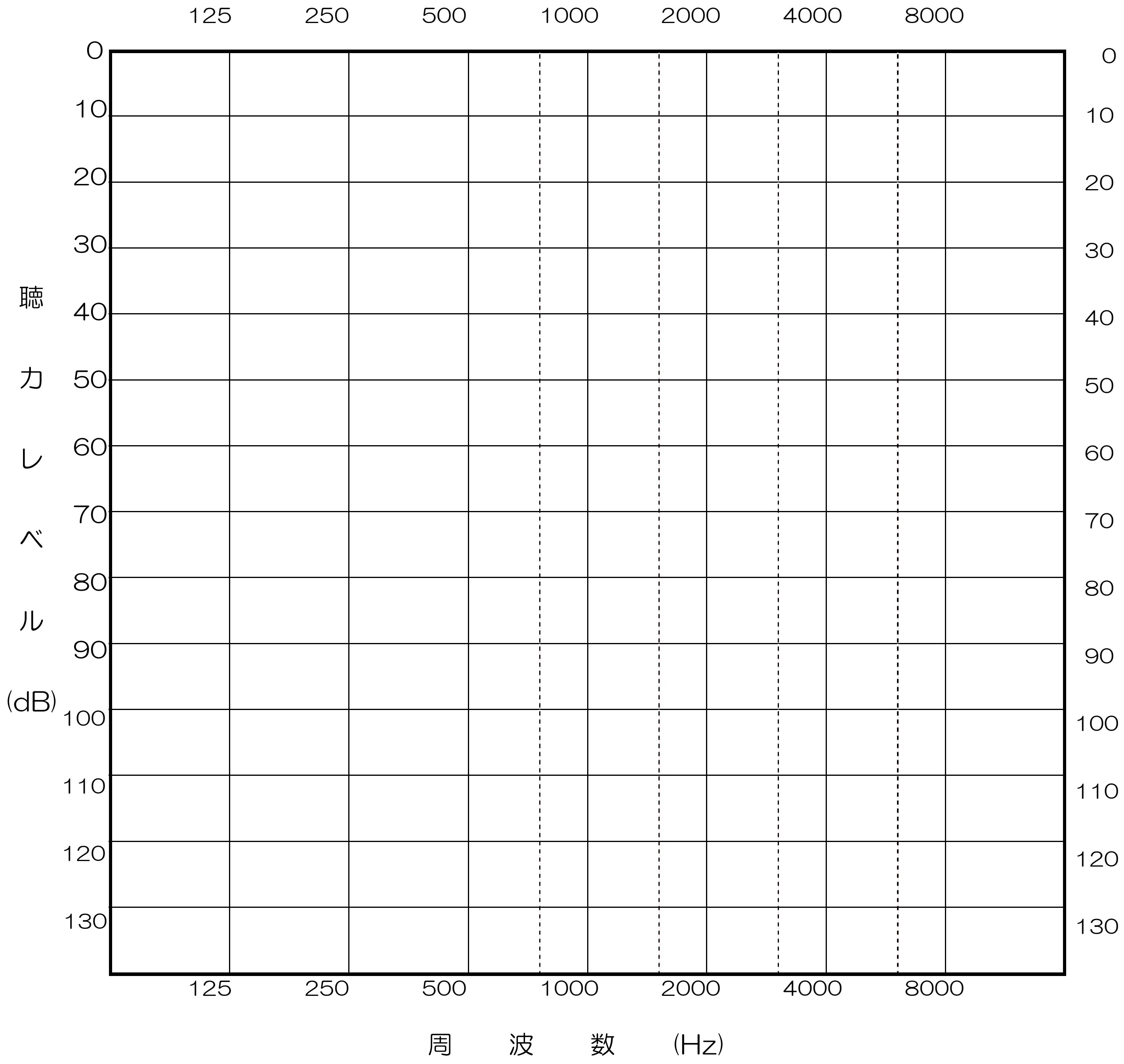
筑波技術大学大学院研究生志願者

聴覚障害に関する診断書

処理番号	※

フリガナ	
氏　　　名	
生 年 月 日	昭和・平成　　　年　　　月　　　日
現　住　所	

1　オージオグラム



2　医学的診断等

ア　診断名（聴覚障害の種類と程度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

イ　平均聴力レベル　（　右　　　　　dB,　左　　　　　dB）

ウ　失聴原因　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

エ　失聴時期　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

オ　補聴器等の装用開始時期（　　　歳　　　ケ月）

カ　現在使用の補装具等

（　補聴器（ポケット形・耳かけ形・耳あな形），　人工内耳　）

キ　身体障害者障害程度等級（　　　　　　　　級）

〔記入上の注意〕

1　「身体障害者福祉法第15条の指定医」が作成してください。

2　オージオグラムには，左右耳の気導聴力検査及び左右耳の骨導聴力検査結果を記入してください。

3　「2ーカ　現在使用の補装具等」の欄については，いずれかを○で囲んでください。

4　※印欄は記入しないでください。

診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　　年　　　月　　　日

住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

国立大学法人筑波技術大学大学院研究生志願者

視覚障害に関する診断書

処理番号	※

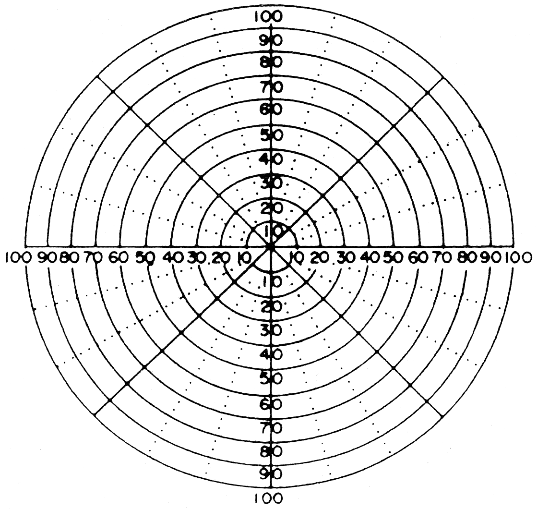
フリガナ	
氏　　名	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生
現 住 所	

1　現在の視力　　右眼（裸眼　　　　　　矯正　　　　　　）

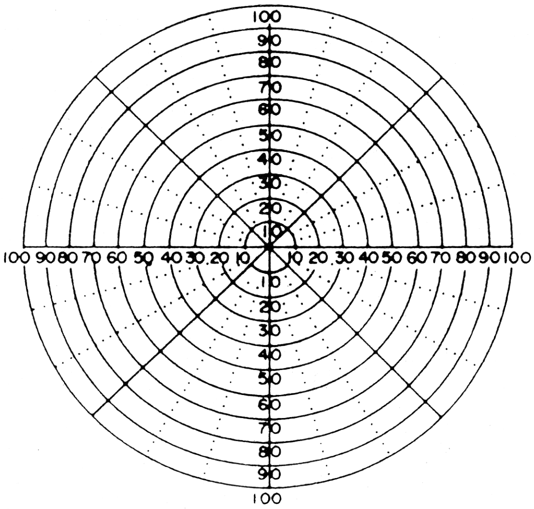
両眼矯正（　　　　　）

左眼（裸眼　　　　　　矯正　　　　　　）

2　視　　野　（　正　常　・　異　常　）



左　眼



右　眼

3　光　　覚　（　夜　盲　：　有　・　無　）

4　視力障害原因病名

右　眼

左　眼

5　その他の特記事項

診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印