

入学試験要項 2024

医学部一般選抜（新潟県特別地域枠）

帝京大学

Teikyo University

※インターネット出願はできません。本要項に添付の志願票を使用して出願してください。

入学試験要項2024 医学部一般選抜（新潟県特別地域枠）

(注)本要項に記載している「入学試験要項2024」のページは、ホームページに掲載の「入学試験要項2024 一般選抜・大学入学共通テスト利用選抜・海外帰国生選抜・社会人選抜」のページを参照してください。

1. 入学者受入方針（アドミッション・ポリシー）

ホームページ掲載の「入学試験要項2024」（2ページ）を参照してください。

2. 出願資格

次の条件をすべて満たす者。

- 国内の高等学校または中等教育学校を卒業した者および2024年3月卒業見込みの者。
- 入学後に「新潟県医師養成修学資金貸与制度 重点コース」の貸与を受け、在学中は新潟県の定める「キャリア形成卒前支援プラン」、本学卒業後は新潟県が定める「キャリア形成プログラム」の適用を受け、新潟県が指定する医療機関に医師として指定期間勤務することを誓約できる者。
- 合格した場合、入学を確約できる者。

3. 募集人員 1名

4. 日程・選考方法

<日程>

	出願期間	選考試験日	合格発表日	入学手続締切日	試験場
一次選考	2023年12月19日（火） ～2024年 1月15日（月） 《締切日必着》	【試験日自由選択制】 1月25日（木） 1月26日（金） 1月27日（土）	1月30日（火）	—	板橋
二次選考※	—	《一次選考合格者のみ》 2月 6日（火） または 2月 7日（水）	2月 10日（土）	2月19日（月）	板橋

※二次選考試験日は出願時にどちらか1日選択となります。

<選考方法>

【一次選考】

- ①学科試験（3科目）
- ②書類審査

学科試験を重視し、調査書等を書類審査にて活用し、総合的に合否を判定します。

・試験当日に学科試験3科目を受験していない場合、当日の学科試験は欠席とします。

●2日以上受験した場合

2日または3日受験した場合、「試験日ごとの学科試験3科目の合計点が最も高い日」を採用します。

●併願について

・特別地域枠は福島県、千葉県、静岡県、茨城県、新潟県のいずれか1つの地域枠にのみ出願が可能です。また、同一試験日を除き本学医学部一般選抜と併願することも可能です。

・新潟県特別地域枠の一次選考に合格し、かつ医学部一般選抜の一次選考に合格した場合、二次選考は1回のみとします。この場合、二次選考では新潟県特別地域枠の受験番号を使用します。

学科試験 **マークシートと記述での解答になります**

科目	出題範囲	科目選択	配点
英語	コミュニケーション英語Ⅰ、コミュニケーション英語Ⅱ、 コミュニケーション英語Ⅲ、英語表現Ⅰ、英語表現Ⅱ	必須	各科目 100点 合計 300点満点
数学	数学Ⅰ、数学Ⅱ、数学A、数学B（数列、ベクトル）	5科目から 2科目選択	
物理	物理基礎、物理		
化学	化学基礎、化学		
生物	生物基礎、生物		
国語	国語総合(古文・漢文を除く)		

【二次選考】

一次選考合格者に限り、課題作文（出題されたテーマについて、キーワードを全て使って、自分自身の考えを300字以内で書く）の試験と面接を行い、合否を判定します。

なお、面接は調査書等を資料として活用し、受験生1名に対し教員2名で10分程度行います。

※課題作文の試験を受験していない場合、当日の試験は欠席とし、面接を受けることはできません。

※面接を欠席した場合、試験結果はすべて無効となります。

5. 時間割

【一次選考】

時間		
9:00~9:30	9:30~10:30	11:30~13:30
受験上の注意	1時限（英語）	2時限（選択科目）※

※2時限目の学科試験は2科目通しの120分で行います。時間配分等は自由です。途中休憩の時間はありません。

【二次選考】

時間			
10:00~10:30	10:30~11:00	11:00~12:15	12:30~
受験上の注意	課題作文	昼食	面接※

※最後の面接が終了するのは、14時30分頃になる予定です。

6. 試験場

帝京大学板橋試験場（板橋キャンパス）

「入学試験要項2024」の「試験場案内」（77・78ページ）を参照してください。

7. 出願書類

- (1) 志願票
- (2) 調査書等 ※詳しくは「入学試験要項2024」（58ページ）を参照してください
- (3) 顔写真（カラー写真 縦4cm×横3cm）※志願票の所定欄に貼付してください
- (4) 誓約書等（添付書式4種類：帝京大学宛 1種類・新潟県宛 3種類）

8. 入学検定料

1日受験※	2日受験※	3日受験
60,000円	110,000円	160,000円

・二次選考を受験するにあたり、入学検定料の追加はありません。

※本学医学部一般選抜と併願する場合、新潟県特別地域枠の検定料は、1日受験50,000円、2日受験100,000円となります。

【納入方法】

- (1) 支払いの前に、事前申し込みが必要です。下記のURLより「入学検定料決済ガイダンス」サイトにアクセスし、入試種別は【臨時収納】を選択して支払いに必要な所定の情報を入力してください。なお、入力時に「整理番号」を入力する必要があります。「整理番号」は【12345678】と8桁の数字を入力してください。

<https://www.guide.52school.com/guidance/pay-teikyo-u/>

- (2) 情報を入力後、支払い方法を選択し、選択した支払い機関で支払ってください（入学検定料の他に、一件につき1,100円のサービス利用料がかかります）。
- (3) 入学検定料の納入が確認でき次第、入金確認メールを送信します。入金確認メールに記載のURLから「入学検定料決済ガイダンス」サイトにアクセスし、「収納証明」を印刷し、志願票の所定欄に貼付してください（メールが届かない場合、上記URLからアクセスしてください）。

《取扱期間》 出願開始日の1週間前から出願締切当日の16時30分まで



9. 出願方法

以下の2通りから選択してください。

【郵送する場合】

- ・出願書類をA4サイズの書類が入る封筒に入れ、下記の郵送先を記入し、郵便局より必ず書留で郵送してください。郵便局が発行する「書留・特定記録郵便物等受領証」は大切に保管してください。
- ・出願書類は出願締切日必着です。出願締切日の消印有効ではありません。

【窓口に持参する場合】

- ・出願書類をA4サイズの書類が入る封筒に入れ、帝京大学入試センター（板橋キャンパス）に持参してください。
- ・出願書類の窓口受付は出願締切日の16:30までです。

郵送先および提出先

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学入試センター TEL : 0120-335933

受付時間：月曜～金曜 9:00～16:30 土曜 9:00～12:00

祝日・年末年始(12/29～1/3)は受け付けません。

10. 受験票

【一次選考】

- ・受験票は出願時の情報をもとに作成し、郵送します。受験票到着後、記載内容を必ず確認してください。出願した内容と異なる場合は、直ちに帝京大学入試センターまで申し出てください。
- ・受験票が届かない場合は、必ず試験日前日までに帝京大学入試センターまで申し出てください。また、受験票を紛失・汚損した場合も帝京大学入試センターまで申し出てください。

【二次選考】

- ・一次選考で使用した受験票を二次選考の際に使用します。複数の受験票がある場合は、一次選考合格通知を確認し、該当する受験番号の受験票を必ず持参してください。
なお、一次選考合格通知は、一次選考合格発表日に合格者へ速達で郵送しますので、二次選考日に持参してください。

11. 出願についての注意事項

- ・出願後の試験日、選択科目等の変更はいかなる場合も認めません。
- ・出願書類は出願締切日必着です。出願締切日の消印有効ではありません。
- ・締切日を過ぎての出願は受け付けません。
- ・出願書類に不備がある場合は受け付けません。
- ・提出した出願書類および入学検定料は、いかなる理由があっても返還しません。
- ・志願票の本人および保護者連絡先（電話番号・メールアドレス）は、重要な連絡をする場合に使用しますので必ず記入してください。
- ・本学が出願書類を受領してから受験票が手元に届くまでに、郵便事情等により、通常3～5日程度かかりますので、早めに出願してください。
- ・出願書類に記入した住所・連絡先に変更が生じた場合は、直ちに帝京大学入試センターまで申し出てください。

12. 合格発表

「入学試験要項2024」の「合否判定・合格発表」（68・69ページ）を参照してください。
なお、新潟県特別地域枠の二次選考合格者には、二次選考合格発表日に合格書類を速達で郵送します。

13. 入学手続

- (1) 納入金（「入学試験要項2024」10・11ページ）は郵送で届いた「振込依頼書」を使用し、志願者本人の名前にて国内の金融機関から振り込んでください。ゆうちょ銀行から納入金を振り込む場合、現金による振り込みはできません。ゆうちょ銀行口座の「通帳と届出印」または「キャッシュカード」が必要です。詳細については、ゆうちょ銀行または郵便局にお問い合わせください。
- (2) 納入金は、合格発表日から入学手続締切日までに本学へ着金するように振り込んでください。金融機関の取り扱いにより、送金が翌日扱いになる場合がありますのでご注意ください。着金日等の詳細については各金融機関にお問い合わせください。
入学手続締切日までに振り込み手続（本学への着金）を完了していない場合は、入学の意思がないものとみなし、入学許可を取り消します。なお、入学手続締切日の延期等は一切できません。

14. 納入金

「入学試験要項2024」の「納入金」（10・11ページ）を参照してください。

15. 奨学金（新潟県医師養成修学資金貸与制度重点コース）

地域の医師確保の観点から本学と新潟県が連携し、卒業後に同県が指定する医療機関で指定期間医療に従事することを条件として、新潟県が修学資金を貸与する制度です。

【募集人数】 1名

【貸与額】 貸与開始月のみ110万円、以降月額50万円

【貸与期間】 学則の定める正規の在学期間の範囲（6年）

【申込資格】 本学医学部一般選抜（新潟県特別地域枠）の合格者かつ、卒業後医師として新潟県の医療機関等に勤務することを誓約できる者。

- ・貸与条件・返還免除などの詳細については、本学ホームページおよび新潟県ホームページ「医師ナビにいがた」をご確認ください。

16. 問い合わせ先

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1
帝京大学入試センター TEL：0120-335933

2024年度帝京大学医学部一般選抜 新潟県特別地域枠 志願票

フリガナ	
氏名	

性別 どちらかに☑	
<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女

写真貼付欄
4cm×3cm
カラー写真

生年月日	(西暦)	年	月	日
------	------	---	---	---

高校名	立
	学校

高校課程	<input checked="" type="checkbox"/> 全日制 <input checked="" type="checkbox"/> 通信制 <input checked="" type="checkbox"/> 定時制 いずれかを選択☑	卒業年	年
------	--	-----	---

受験生連絡先	
〒	-
携帯	- -
自宅	- -
メールアドレス	

保護者連絡先	
保護者氏名	
〒	-
携帯	- -
自宅	- -

	一次選考 試験日・科目を選択☑			二次選考 どちらか一日選択☑
試験日	<input checked="" type="checkbox"/> 1月25日(木)	<input checked="" type="checkbox"/> 1月26日(金)	<input checked="" type="checkbox"/> 1月27日(土)	<input checked="" type="checkbox"/> 2月6日(火) <input checked="" type="checkbox"/> 2月7日(水)
学科試験科目	英語(必須)	英語(必須)	英語(必須)	課題作文 面接
	<input checked="" type="checkbox"/> 数学 <input checked="" type="checkbox"/> 物理 <input checked="" type="checkbox"/> 化学 <input checked="" type="checkbox"/> 生物 <input checked="" type="checkbox"/> 国語 ※2科目選択☑	<input checked="" type="checkbox"/> 数学 <input checked="" type="checkbox"/> 物理 <input checked="" type="checkbox"/> 化学 <input checked="" type="checkbox"/> 生物 <input checked="" type="checkbox"/> 国語 ※2科目選択☑	<input checked="" type="checkbox"/> 数学 <input checked="" type="checkbox"/> 物理 <input checked="" type="checkbox"/> 化学 <input checked="" type="checkbox"/> 生物 <input checked="" type="checkbox"/> 国語 ※2科目選択☑	
試験場	板橋			

収納証明貼付欄

- ・黒のボールペンを使用し記入してください。
- ・記入漏れ、チェック漏れの無いようにしてください。
- ・入学検定料振込後、ガイダンスサイトから収納証明を印刷し、収納証明貼付欄に貼付してください。

誓 約 書

(新潟県特別地域枠)

西暦 年 月 日

帝京大学長 殿

私は、貴大学医学部一般選抜新潟県特別地域枠を志願し、入学を許可されたときには、必ず貴大学医学部に入学し、新潟県医師養成修学資金貸与制度 重点コース（帝京大学医学部「新潟県地域枠」）の貸与を受け、規則及び規定を遵守し、学業に専念することを誓います。

また、医師免許取得後は、新潟県が指定する医療機関において、指定された期間医師として従事することを誓います。

現住所 _____

生年月日 西暦 年 月 日生

氏名(自署) _____ (印)

私どもは、上記の者の連帯保証人として、規則及び規定を遵守させるとともに、上記の者の債務に関し一切の責務を負うことを約束します。

連帯保証人 現住所 _____

生年月日 西暦 年 月 日生

続柄 _____

氏名(自署) _____ (印)

連帯保証人 現住所 _____

生年月日 西暦 年 月 日生

続柄 _____

氏名(自署) _____ (印)

※ 連帯保証人の選出は、新潟県の規定に準じる。新潟県で発生した債務を除き、当大学において発生した債務の限度額は600万円とする。

別記第1号様式

新潟県医師養成修学資金貸与申請書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会
理事長 様

申請書 住 所 (〒 -)

写真貼付欄
4 cm × 3 cm
帽子やサングラス等
着用の写真及びスナ
ップ写真等は
不可。最近3ヶ月
以内に撮影された証
明写真を全面糊
付の上貼付する。

(ふりがな)
氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生
性 別 男 ・ 女

電話番号
E-mail

下記のとおり新潟県医師養成修学資金の貸与を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請区分 (貸与受けたい修学資金のコース)		重点コース (帝京大学医学部「新潟県地域枠」)					
所 属	大 学 名	帝京大学			所 在 地	東京都板橋区加賀 2-11-1	
	学部(学科)	医学部					
	入学年月日	年 月 日			卒業見込年月	年 月	
学 歴	高等学校等	年 月					
		年 月					
	高等学校等以降	年 月					
		年 月					
家 族 状 況	続柄	氏名	性別	居 住 地	職業 (勤務先)	年収(円)	
保証人	上記の者が新潟県医師養成修学資金の貸与を受けましたうへは、その連帯保証人となり、医師養成修学資金 (重点コース (帝京大学医学部「新潟県地域枠」)) 貸与事業実施規則及び同実施規程に従い、誠実に債務を履行することを保証します。						
	住 所						
	氏 名	⑩			⑩		
	生年月日	年 月 日生			年 月 日生		
	電話番号						
	職 業						
	本人との続柄						

誓 約 書

年 月 日

公益財団法人新潟医学振興会

理事長 様

本 人 住 所

氏 名 ㊟

連 帯 保 証 人 住 所

氏 名 ㊟

連 帯 保 証 人 住 所

氏 名 ㊟

私は、新潟県医師養成修学資金（重点コース（帝京大学医学部「新潟県地域枠」））の貸与を受けるにつきましては、医師養成修学資金（重点コース（帝京大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程を守り、大学を卒業後は2年以内に医師免許を取得し、直ちに新潟県内の病院で臨床研修に従事するとともに、臨床研修修了後は直ちに指定する医療機関において、内科、外科、総合診療科、小児科のいずれかの診療科で業務に従事し、臨床研修に従事したときから通算して9年間勤務（うち5年間は新潟県と連携する市町村に所在する指定医療機関に勤務）することを誓います。

なお、前記実施規則及び実施規程の規定により貸与を受けた修学資金の返還事由が生じたときは、その日から1月以内に確実に修学資金及びその利息を返還します。

同意書

新潟県知事 殿

私は、新潟県医師養成修学資金の貸与を受けるにあたり、キャリア形成卒前支援プラン※への参加について同意するとともに、医師養成修学資金（重点コース（帝京大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則第8条（返還の債務の当然免除）に規定される新潟県の指定医療機関等における勤務について、キャリア形成プログラム※の下記事項につき同意します。

記

- 1 医師養成修学資金（重点コース（帝京大学医学部「新潟県地域枠」））貸与事業実施規則及び同実施規程を遵守すること。
- 2 大学を卒業した後2年以内に医師の免許を取得し、かつ同免許を取得後直ちに新潟県内の臨床研修病院で臨床研修に従事すること。
- 3 新潟県が策定するキャリア形成プログラム※に参加すること。
- 4 臨床研修修了後は直ちに新潟県が指定する医療機関において、内科、外科、総合診療科、小児科のいずれかの診療科で業務に従事し、臨床研修に従事した時点から通算して9年間以上在職（うち5年間は新潟県と連携する市町村に所在する指定医療機関に在職）すること。

なお、新潟県が認めた場合は、キャリア形成プログラム※を一時中断することが可能であること。

- 5 新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱しないこと。
新潟県は、死亡・重度の疾病等の場合を除き、原則としてキャリア形成プログラム※からの離脱に同意しないこと。

新潟県の同意を得ずにキャリア形成プログラム※から離脱した場合、一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定を行わないこと。

なお、新潟県の同意の有無に関わらず、キャリア形成プログラム※から離脱した場合であっても、修学資金の貸借関係の解除に影響を及ぼさないこと。

年 月 日

入学出願者氏名： _____
(自署してください。)

保護者もしくは
法定代理人氏名： _____
(入学出願者が未成年の場合、自署してください。)

※キャリア形成卒前支援プランとは、卒後のキャリア形成等を描けるよう、大学在学中から行う支援のこと。
※キャリア形成プログラムとは、地域枠医師等のキャリア形成と想定される指定医療機関等を示したもの。