

大阪大学大学院 医学系研究科 研究生 入学願

Application for Enrollment as a Research Student

申請者は太枠のみの記入をお願いします。 Applicants are required to fill out the thick boxed area.

受入教員 署名(印)		印	受入 教室	内線:	在籍予定期間 Research Period
		教室にて外国人研究者・留学生事前確認シート確認済□			年 月 ~ 年 月 Year Month
提出日 Date of Submission	*YYYY/MM/DD / /	入学希望日 Date of Intended Enrollment	*YYYY/MM/DD / /		
研究生として入学したいので、必要書類を添えて出願します。 I am applying for admission to the Graduate School of Medicine as a research student. Please find the documents I am submitting.					
大阪大学大学院医学系研究科長 殿 Dean of Graduate School of Medicine, Osaka University		氏名 Applicant's Name			印 Seal or Signature
	姓 Family Name	名 First Name	ミドルネーム Middle Name		
フリガナ Japanese Syllabary					
氏名 Name					
性別 Sex	本籍(都道府県名) / 国籍 Nationality	生年月日(西暦) Date of Birth	E-mail		
<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	*YYYY/MM/DD / /			
現住所 Correspondence Address	〒 Zip code	電話番号 Phone Number			
勤務先名 Employer		勤務先番号 Business Phone			
出願資格 Entrance Qualification *Fill in either 1 or 2	≪1: 医学科卒業生 For Medical School Graduates≫ 大学 医学部医学科 Name of Medical School Attended		卒業(見込)年月日 Date of (expected) Graduation *YYYY/MM/DD / /		
	≪2: 上記以外の者 For Persons other than the above≫ 大学 学部 学科 University Faculty Major		卒業・修了(見込)年月日 Date of (expected) Graduation *YYYY/MM/DD / /		
	大学大学院 研究科 課程 University Graduate School Course		/ /		
研究題名内容(入学後) Title of Your Research					
医師免許 Medical License	*YYYY/MM/DD / /	登録 Registered	医師免許証番号 ()号 Medical License Number		

注)

- ・入学希望日を必ず記入してください。
- ・勤務先名については、研究生として入学許可されてからも勤務する場合のみ記入してください。なお、その場合、下記の書類が必要です。
 - 他の病院等に勤務する場合、所属機関長の「承諾書」(所定用紙)
 - 企業などに勤務する場合、①所属機関長の「承諾書」(所定用紙)及び②志願者本人の「確約書」(所定用紙)
- ・検定料は振込依頼書に必要事項(必ず出願者本人の氏名で)を記入のうえ、指定する銀行へ電信扱いで振り込んでください。検定料振り込み後、「検定料納付証明書」を裏面の所定の欄に貼付してください。

NOTE:

- * Please fill in your intended enrollment date.
- * As for the section of organization, fill in only those who will work after receiving the permission to become a research student. In that case, you are required to hand in the following particular documents. (*Japanese only)
 - If working at another hospital, you are required to hand in the "Consent Form" from director of affiliated institution.
 - If working at a company, you are required to hand in the "Consent Form/Commitment Form" from president of affiliated company/ organization along with the "Commitment Form" from the applicant. They are all specified forms.
- * To pay the application fee, please fill in the applicant's name and other necessary items in the bank transfer request form, and then request wire transfer to the designated bank. After transferring the application fee into our bank account, please make sure that you will attach the proof of payment of application fee to the reverse side in the appropriate space.

履 歴 書 C.V.

学 歴 お よ び 研 究 歴 ・ 職 歴 Educational / Research Background - Employment Background	所属年月日 Duration of Attendances (YYYY/MM/DD)	学校・学部(研究科)・勤務先名等 Name of School / Faculty / Dept. / Major / Employer(Organization)
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	
	年 月 日 }	

注)
 ・大学卒業から現在に至るまでの履歴を全て(学校名・機関名等欄は、学部・学科・部署等をできるだけ詳細に)記入してください。
 ・外国人学生については、小学校入学から現在に至るまでの履歴を全て記入してください。

NOTE :
 Please write your complete educational background (in order from elementary school to the last school you attended for the applicants who are from overseas) and your employment background, without omission; You also need to fill in the name of the faculty and your department/ major.

「納付済書証を貼付」の欄に貼付してください。
 Please affix the proof of payment of application fee here.