

2024 年 4 月 (2023 年 10 月)
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科(博士後期課程) 入学・進学願書
APPLICATION FOR ADMISSION
GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE, DENTISTRY AND PHARMACEUTICAL SCIENCES
(DOCTOR COURSE)
OKAYAMA UNIVERSITY FOR APRIL 2024 ENROLLMENT (OCTOBER 2023 ENROLLMENT)

受験番号 Examinee's Number	※
------------------------------	---

写 真
出願前 3 か月以内に上半身、無帽、正面向きで撮影したものを貼りつけてください。
※写真の裏面に氏名を記載
Paste your photograph taken within the past 3 months. Write your name on the back of the photo.
(写真 5 × 4 cm)

岡山大学長 殿
To: President of Okayama University
私は、このたび医歯薬学総合研究科(博士後期課程)に入学・進学を志願いたしますから、ご許可くださるようお願いいたします。
I hereby apply for the Student of the Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences (Doctor Course), Okayama University.
出願の区分に○をすること

2023 年 10 月・2024 年 4 月	入 学 ・ 進 学 (学生番号)
第 1 回入試	第2回入試

フリガナ 氏名	(氏名は自署すること)			男 ・ 女
Name	(Family Name)	(First Name)	(Middle Name)	sign manual Male Female
生年月日	年	月	日	(満 歳) 国籍 (本籍) 都・道・府・県
Date of Birth	Year	Month	Day	Age Nationality
現住所 〒	Present Address			
TEL ()	—			E-mail
携帯TEL	Mobile Phone Number			

志望先 Desired Division, Department, etc.

志望専攻 Desired Division	志望講座 Desired Department	志望教育研究分野 Desired Research Areas	指導予定教員 Prospective Supervisor
薬科学専攻			教授・准教授
上記の教育研究分野の教授・准教授に受験の内諾を得ていますか？ Have you got a permission to take the exam from prospective Supervisor in above-mentioned Dept.?		<input type="checkbox"/> 受験の内諾を得ている。 Yes, I have. <input type="checkbox"/> 受験の内諾を得ていない。 No, I haven' t.	

出身大学 Alma Mater

大学 University	学部 Faculty	学科 Department	卒業年月 Date of Graduation
大学院 University	研究科 Graduate School	専攻 Division	修了・修了見込年月 Date of Completion or Expected Completion
			修了・見込

勤務先 Place of Employment

名称 Name of Organization	TEL ()	—
住所 〒	Address	
入学後の予定 Plan after Enrollment	在職 Continuation of Job	休職 Absence from Duty 退職 Retirement

外国人留学生用 International Student Only
☐ 本国で、職を持っていない。 No Job in one' s own country
☐ 本国で、職場等の許可を受けている。 Permitted
☐ 本国で、職場等の許可を受ける予定である。 Expected to be permitted

国費 ・ 私費 ・ 社会人 ※
※は、記入不要
It is not necessary to fill out this column※.

履歴書 CURRICULUM VITAE

フリガナ
氏名

(Family Name)

(First Name)

(Middle Name)

印又は
署名

Seal or Signature

男・女

Male

Female

家庭連絡先 Person to be notified in applicant's home country, in case of emergency

氏名

続柄

Name

Relationship

現住所

〒

Present Address

TEL

(

)

—

学歴 Educational Background

	学校名 (所在地) Name of School, Location	在学期間 Period of Attendance		学位 Degree Awarded
高等学校 Secondary Education, Upper Secondary School		From 年 月 Year Month	To 年 月 Year Month	
高等教育 Higher Education 大学 Undergraduate Level		From 年 月 Year Month	To 年 月 Year Month	
大学院 Graduate Level		From 年 月 Year Month	To 年 月 Year Month	

職歴 Employment Record

勤務先名 Name of Organization	勤務期間 Period of Employment		職名，職務内容の概要 Title, Description of Responsibilities Preferably Regarding Research and Development Activities
	From 年 月 Year Month	To 年 月 Year Month	

賞罰・資格 Awards, Punishment, Licenses

事項 Awards, Punishment, Licenses	年／月 Year, Month	内容 Description

2024 年 4 月（2023 年 10 月） 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科（博士後期課程）受験票
ADMISSION TICKET FOR THE EXAMINATION
GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE, DENTISTRY AND PHARMACEUTICAL SCIENCES (DOCTOR COURSE), OKAYAMA UNIVERSITY
APRIL 2024 ENROLLMENT (OCTOBER 2023 ENROLLMENT)

出願の区分に○をすること

2023 年 10 月・2024 年 4 月	入 学 ・ 進 学
第 1 回入試	第 2 回入試

志望専攻 Desired Division	薬科学専攻	受験番号※ Examinee' s Number
志望講座 Desired Department		写 真 出願前 3 か月以内に上半身，無帽，正面向きで撮影したものを貼りつけてください。 ※写真の裏面に氏名を記載 Paste your photograph taken within the past 3 months. Write your name on the back of the photo. (写真 5 × 4 cm)
志望教育研究分野 Desired Research Areas		
フリガナ 氏名 Name 生年月日 年 月 日 男 ・ 女 Date of Birth Year Month Day Male Female		

(注) 本票は，試験当日必ず持参すること。 ※は，記入不要
Bring this ticket on the examination day. It is not necessary to fill out this column(※).

入学検定料の支払完了後，「入学検定料支払証明書」を印刷し，のりで貼り付けてください。

「入学検定料支払証明書」
貼 付 欄