

2027年4月(2026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 2027 ENROLLMENT (OCTOBER 2026 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すること。
※本人確認の判定基準に影響する加工を行わないこと。
Paste your photograph taken within the past 3 months. Write your name on the back of the photo. Don't edit the photo that could affect the identity verification process.
(写真4~5x3~4cm)

Date of Application 年 月 日 Year Month Day

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

2026年10月・2027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.

Table with 4 columns: 志望専攻, 志望講座, 志望教育研究分野, 指導予定教員. Includes a section for permission to take the exam from a prospective supervisor.

出身大学 Alma Mater

Table with 4 columns: 大学, 学部, 学科, 卒業年月. Includes a section for 大学院 (Graduate School) with columns for 研究科, 専攻, 修了・修了見込年月.

勤務先 Place of Employment

名称 TEL ( ) -
住所 〒
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

カガナ  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印又は \_\_\_\_\_  
 Name (Family Name) (First Name) (Middle Name) Seal or Signature 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
		From	To	
高等学校 Secondary Education, Upper Secondary School		年 月 Year Month	年 月 Year Month	
高等教育 Higher Education 大学 Undergraduate Level		年 月 Year Month	年 月 Year Month	
大学院 Graduate Level		年 月 Year Month	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	To	
	年 月 Year Month	年 月 Year Month	

賞罰・資格 Awards, Punishment, Licenses

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

2027年4月(2026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 2027 ENROLLMENT (OCTOBER 2026 ENROLLMENT)

出願の区分に○をすること

2026年10月・2027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 (写真4~5×3~4 cm) 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すること。 ※本人確認の判定基準に影響する加工を行わ ないこと。 Paste your photograph taken within the past 3 months. Write your name on the back of the photo. Don't edit the photo that could affect the identity verification process.		
志望教育研究分野 Desired Research Areas				
フリガナ 氏名 Name				
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day	男・女 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
-----------------------