

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科入学願書【博士課程】

		2018年 4月 入学	受験番号	※		
フリガナ 氏名 (自署)	ナガサキ タロウ 長崎 太郎			性別	男・女	
生年月日	1980年 12月 21日	国籍 (外国人留学生のみ記入)				
選抜区分	1. 一般入試 2. 社会人入試 3. 外国人留学生入試					
第1志望	志望専攻	1. 医療科学専攻 2. 新興感染症病態制御学系専攻(熱帯病・新興感染症制御グローバルリーダー育成コース) 3. 新興感染症病態制御学系専攻 (上記コース以外) 4. 放射線医療科学専攻 5. 先進予防医学共同専攻				
	研究分野	●●●●● ※学生募集要項に記載の 指導教員等研究分野を記入すること。		指導教員	(署名又は捺印) ■ ■ ■ ■	
第2志望	志望専攻	1. 医療科学専攻 2. 新興感染症病態制御学系専攻(熱帯病・新興感染症制御グローバルリーダー育成コース以外) 3. 放射線医療科学専攻				
	研究分野			指導教員	(署名又は捺印)	
出願資格	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)					
出身学校等	医学部 歯学部 薬学部 獣医学部	長崎 大学		医学部 医学科 歯学部 歯学科 薬学部 薬学科(6年) 獣医学部 獣医学科(6年)	2005年 3月	卒業 卒業見込
	上記以外	大学	学部	学科	年 月	卒業 卒業見込
	出願資格(8) の該当者	大学大学院 専攻 (研究科 課程)	年 月	修了 修了見込
医師・歯科医師国家試験	2011年 5月 10日	合格	医籍登録・歯科医籍登録	第 000000 号		
現住所 (合格通知送付先)	〒852-8521 長崎市文教町 1-14		TEL	090-XXXX-XXXX		
緊急連絡先 又は母国住所 (外国人留学生)	氏名	長崎 一郎	続柄	父		
	〒852-8523 長崎市坂本 1-12-4		TEL	090-YYYY-YYYY		
				Email	bbbbbb@bbbbbb.mail.jp	

記入上の注意事項

- ※の欄は記入しないこと。
- ボールペン等を使用し、楷書で記入すること。(ワープロ等により本様式に直接記入する場合も氏名欄は自署すること。)
- 必要事項を記入し、該当事項を○で囲むこと。
- 裏面の履歴事項も記入すること。

履 歴 欄			
学 歴	入学・卒業（修了）年月	学 校 名	正規の 修業年限
	年 月～ 年 月	小学校	年
	年 月～ 年 月	中学校	年
	1996年 4月～ 1999年 3月	長崎県立長崎 高等学校	3年
	1999年 4月～ 2005年 3月	長崎 大学 医学部	6年
	年 月～ 年 月	大学大学院 研究科	年
	年 月～ 年 月		年
	年 月～ 年 月		年
歴	期 間	勤務先・職名等	
	2005年 4月～ 2007年 3月	長崎大学病院 △△科・修練医	
	2007年 4月～ 2009年 9月	長崎大学病院 △△科・医員	
	例① 2009年 10月～ 年 月 現在に至る	国立病院機構〇〇医療センター △△科・医員 ※4月1日以降の勤務予定あり。	
	例② 2009年 10月～ 2018年 3月 退職予定	国立病院機構長崎医療センター △△科・医員	
	2018年 4月～ 年 月 勤務予定	長崎大学病院 △△科・医員	
	年 月～ 年 月	① 入学後（4月1日 or 10月1日以降）に勤務予定がある場合は、 その旨記載すること。	
	年 月～ 年 月	② 出願時に在職中の者が、3月末日に退職する場合は、退職予定と 記載すること。	
年 月～ 年 月			

記入上の注意事項

1. 学歴は高等学校から記入すること。ただし、外国人留学生は小学校から記入すること。
2. 入学後、履歴中に虚偽の記載事項が発見された場合には、入学を取り消すことがある。