長崎大学大学院医歯薬学総合研究科進学願書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 年　　月　入学 | | 受験番号 | | | ※ |
| 年　　月　　日  長崎大学長　殿  長崎大学大学院　　　　　　　　　研究科  （修士課程・博士前期課程）  　専攻　修了見込  フリガナ  氏　　名（自署）  生年月日　　　　年　　　月　　　日生　　男　・　女  国　　籍（外国人留学生のみ記入）  私は，医歯薬学総合研究科（博士課程・博士後期課程）へ進学したいので，所定の書類を添えて出願します。 | | | | | | | | |
| 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　　６．生命薬科学専攻 | | | | | | |
| 研究分野 |  | | | | 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） |
|  |
| 現住所  （合格通知送付先） | | 〒 | | | | | TEL |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | Email |  |
| 緊急連絡先  又は母国住所  （母国住所は外国人留学生のみ） | | 氏名 | |  | | | 続柄 |  |
| 〒 | | | | | TEL |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | Email |  |

記入上の注意事項

1. ※の欄は記入しないこと。
2. 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。）
3. 必要事項を記入し，該当事項を○で囲むこと。
4. 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 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 高等学校 | 年 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 大学　　　　　　　　学部 | 年 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 大学大学院　　　　　研究科 | 年 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | 年 |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | 年 |
| 職歴 | 期間 | 勤務先・職名等 | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 |  | |
| 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。