|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大分大学大学院医学系研究科博士課程入試 | | | | | | | | | |
| Entrance Examination for Doctoral Course,Graduate School of Medicine,Oita University | | | | | | | | | |
| 出願資格認定申請書（外国人志願者用） | | | | | | | | | |
| Qualification Form (For non-Japanese) | | | | | | | | | |
| 入学志願年度  (いずれかを選択し、番号  を○で囲んでください。)  Application for Admission  (circle number) | | １.秋季入学（令和７年（2025年）10月入学）  Fall Admission(October 2025)  ２.春季入学（令和８年（2026年）４月入学）  Spring Admissions(April 2026) | | | | | 年　　月　　日  Date(Y/M/D) | | |
| 大分大学長　　殿  To the University President | | | (フリガナ)  　　　　　(Name in Katakana) |  | | | | | 男 ・ 女  M / F |
| 申請者　氏　名  Applicant 　　Name |  | | | | |
|  | | （西暦） 　　年　 　月　　日生 | | | | | | | |
| Date of Birth(Y/M/D) | | | | | | | | | |
| 現　住　所 Current Address | | 〒 　　　　-  Postal Code  TEL 電　　話（　　　）－（　　　）－（　　　）  CELLPHONE 携帯電話（　　　）－（　　　）－（　　 ）  E-mail： | | | | | | | |
| 認定希望出願資格 | | 希望する出願資格に○を付けてください。  （　　）出願資格（５）　　　　（　　）出願資格（６）④  （　　）出願資格（６）⑤　　　　（　　）出願資格（７） | | | | | | | |
| 国　　　籍  Nationality | |  | | | | | | | |
| １　学　　歴　　Educational Background  （From High School） | 区　　分 Type | 学校名及び所在地 School Name and Address | | | 正規の修学年数 Years of  completed studies | 入学及び卒業年月 Dates of Entry and  Graduation | | 専攻科目 Major | 学位・資格等 Grades/Scholarships |
| 初等教育  （小学校） Elementary School | （学校名）(School Name) | | | (年)(YRS) | (入学)(Entry Y/M)  　　年　　月 | |  |  |
| （所在地）(Address) | | | (卒業)(Graduated Y/M)  　　　　年　　月 | |
| 中等教育  （中　学） Junior High School | （学校名）(School Name) | | | (年)(YRS) | (入学)(Entry Y/M)  　　年　　月 | |  |  |
| （所在地）(Address) | | | (卒業)(Graduated Y/M)  　　　　年　　月 | |
| （高　校）  High School | （学校名）(School Name) | | | (年)(YRS) | (入学)(Entry Y/M)  　　年　　月 | |  |  |
| （所在地）(Address) | | | (卒業)(Graduated Y/M)  　　　　年　　月 | |
| 高等教育  （大　学） University | （学校名）(School Name) | | | (年)(YRS) | (入学)(Entry Y/M)  　　年　　月 | |  |  |
| （所在地）(Address) | | | (卒業)(Graduated Y/M)  　　　　年　　月 | |
| 大学院  Graduate School | （学校名）(School Name) | | | (年)(YRS) | (入学)(Entry Y/M)  　　年　　月 | |  |  |
| （所在地）(Address) | | | (卒業)(Graduated Y/M)  　　　　年　　月 | |
| 以上を通算した全学校教育修学年数  Total Completed Years of Education | | | | (年)(YRS) |  | | | |
| ２　職　歴　Work History  （Complete） | 年月(Date Y/M) | 事　　　項　　Details | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ３．免許・資格等　Licenses and Qualifications etc. | |
| 年　月　日(Date Y/M) | 事　　項　　Details |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ４．賞　　罰　Rewards and Penalties | |
| 年　月　日(Date Y/M) | 事　　項　　Details |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ５．学会及び社会における活動状況等　Academic Meetings,Community Activies etc. | |
|  | |

|  |
| --- |
| ６．医学系の大学院（博士課程）への入学を希望する動機、研究目的及び抱負等を800字程度に  　まとめて記入してください。  　　また、入学後の研究計画を、別紙「研究計画書」により作成してください。 |
| In approximately one page, please write your reason for requesting admission to a Graduate School of Medicine, Doctoral  Program, your research aims and any further information.  Also, your Research Proposal is requested to be made on separate paper. |
|  |