

平成29年度(2017 Academic Year)

**信州大学大学院医学系研究科(博士課程)入学志願票**  
**Graduate School of Medicine, Shinshu University (Doctoral Program)**  
**Admission Application Form**

受験区分 Selection Category				※受験番号 Examinee No.
10月入学 October Admissions		外国人留学生特別選抜 Special Selection for International Students		
フリガナ Name in Katakana				性別 Sex
氏名 Name				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male/Female
生年月日 Date of Birth	Date	年 Year	月 Month	日生 Day
志望専攻・教室 Desired Division and Department	系専攻 Division	教室 Department	(Supervising Professor)	
指導教授氏名 Name of Supervising professor	印 [Seal]			
出願資格 Application Qualification	出身大学等 Undergraduate school (or equivalent attended)	大学 University	学部 Faculty	学科 Department
	大学院等 Graduate School (or equivalent attended)	大学大学院 University Graduate School	研究科 Program	専攻 Department
	その他 Others			
現住所 Current Address	〒 Postal code	住所 Address	E-mail:[ ]電話 Tel:	
緊急連絡先 Contact address in case of emergency	〒 Postal code	住所 Address	氏名 (Name)/本人との関係 (Relationship to applicant) 電話 Tel:	

## 記入上の注意 (Notes for applicant)

- ボールペン又はペンを使用し、楷書で記入してください。(Please print clearly in pen.)
- ※印欄は記入しないでください。(The column marked [※] is for office use only.)
- は該当箇所にチェックを付けてください。(Check the applicable box.)
- 分子薬理学教室、内科学教室及び外科学教室を志望する場合は、教室名の後ろの( )に担当教授氏名を記入してください。(Supervising professor's name must be filled in the bracket for the application to the Departments of Molecular Pharmacology, Internal Medicine or Surgery.)
- 西暦で記入してください。(Foreign applicant may use western calendar)