

平成30年度(2018 Academic Year)

信州大学大学院医学系研究科(修士課程)医科学専攻入学志願票
 Graduate School of Medicine, Shinshu University (Master's Program) Human Sciences
 Admission Application Form

受験区分 Selection Category			※受験番号 Examinee No.			
<input type="checkbox"/> 第1次募集 First recruitment		<input type="checkbox"/> 第2次募集 Secondary recruitment	<input type="checkbox"/> 一般入試 General Selection	<input type="checkbox"/> 社会人入試 Working Student Selection		
フリガナ Name in Katakana						
氏名 Name		性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female				
生年月日 Date of Birth		昭和・平成 Date	年 Year	月 Month	日生 Day	年齢 Age 歳 Years Old
志望教室 Desired Department		第1志望 First Choice	教室 Department			
		第2志望 Second Choice	教室 Department			
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		
	昭和・平成 Date	年 Year	月 Month	(卒業見込, 卒業) Month (Expected graduation / Graduation)		
	大学院等 Graduate School (or equivalent attended)	大学大学院 University Graduate School	研究科 rogram	専攻 Department		
昭和・平成 Date	年 Year	月 Month	(修了見込, 修了) Month (Expected Completion / Completion)			
その他 Others						
現住所 Current Address		〒 Postal code	住所 Address			
		E-mail:[]電話 Tel:				
勤務先 Workplace		〒 Postal code	住所 Address			
		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)

1. 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.)
2. ※印欄は記入しないでください。(The column marked [※] is for office use only.)
3. □は該当箇所にチェックを付けてください。(□Check the applicable box.)
4. 「分子薬理学」教室を志望する場合には、志望教室名の後ろに担当教授名を括弧書きで付記してください。
(Supervising professor's name must be filled in the bracket for the application to the Department of Molecular
5. 外国人志願者は西暦で記入してください。(Foreign applicant may use western calendar)

履 歴 書

Curriculum Vitae

様式 2 (Form2)

氏 名 Name		受 験 番 号 Examinee No.	※	
	年 月 Year Month	事 項 Details		
学 歴 Educational History	Date Year Month	小学校 Elementary School		
	Date Year Month	小学校 Elementary School		
	Date Year Month	[*]	中学校 Junior High School	
	Date Year Month		中学校 Junior High School	
	Date Year Month		高等学校 High School	
	Date Year Month		高等学校 High School	
	Date Year Month	国・公・私立 大学 National/Public/Private University Faculty Department		
	Date Year Month	国・公・私立 大学 National/Public/Private University Faculty Department		
	Date Year Month	国・公・私立 大学大学院 National/Public/Private University Graduate School Program		
	Date Year Month	国・公・私立 大学大学院 National/Public/Private University Graduate School Program		
	Date Year Month	国・公・私立 大学 National/Public/Private University Faculty Research Student		
	Date Year Month	国・公・私立 大学 National/Public/Private University Faculty Research Student		
職 歴 Work History	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
	Date Year Month Year Month			
Date Year Month				
Date Year Month				

[*] 外国人留学生は、小学校から記入してください。

To Foreign Students : Please enter information from elementary school onward.

※印欄は記入しないでください。

The columns marked [*] is for office use only.

信州大学大学院医学系研究科 (修士課程)
 Graduate School of Medicine, Shinshu University (Master's Program Program)

受験票

Examination Card

<input type="checkbox"/> 第 1 次募集 First recruitment		<input type="checkbox"/> 第 2 次募集 Secondary recruitment	
<input type="checkbox"/> 一般入試 General Selection		<input type="checkbox"/> 社会人入試 Working Student Selection	
受験番号 Examinee No.	※		
氏名 Name			
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female		
第 1 志望 First Choice	教室 Department		
第 2 志望 Second Choice	教室 Department		
写真欄 Photo (4cm×3cm)			

(切り離さないでください。)

信州大学大学院医学系研究科 (修士課程)
 Graduate School of Medicine, Shinshu University (Master's Program Program)

写真票

Photo Card

<input type="checkbox"/> 第 1 次募集 First recruitment		<input type="checkbox"/> 第 2 次募集 Secondary recruitment	
<input type="checkbox"/> 一般入試 General Selection		<input type="checkbox"/> 社会人入試 Working Student Selection	
受験番号 Examinee No.	※		
氏名 Name			
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female		
第 1 志望 First Choice	教室 Department		
第 2 志望 Second Choice	教室 Department		
写真欄 Photo (4cm×3cm)			

□は該当箇所にチェックを付けてください。
 Check the applicable box.

(点線に沿って切り離してください。)

志 望 理 由 書

Statement of Purpose

氏 名 Name		※受験番号 Examinee Number	※For office use only
論文題目 Title of Bachelor's Thesis			
第 1 志望教室 Department of First choice		第 2 志望教室 Department of Second Choice	
本教室を第 1 志望にした理由 (State reasons for your first choice)			
入学後の研究計画 (Research Plan)			

受 験 承 諾 書
Agreement

出身大学等 _____
Name of the School last attended

受験者氏名 _____ 印
Examinee's Name (print) (Signature)

上記の者が、平成30年度信州大学大学院医学系研究科（修士課程）医科学専攻の入学試験を受験することを承諾します。I agree that the above mentioned examinee sits for the Entrance Examination for the Master's Program (2018 Admission) at the Graduate School of Medicine, Shinshu University.

平成 年 月 日
Date Year Month Day

教室名 _____
Department

担当教授（担当教員） _____ 印
Supervising Professor (Signature)

受 験 及 び 修 学 承 諾 書

受験者氏名 _____

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日生

職 名 _____

上記の者が、平成30年度信州大学大学院医学系研究科（修士課程）医科学専攻の入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院医学系研究科に入学した場合は、在職のまま修学することを承諾します。

平成 年 月 日

信州大学大学院医学系研究科長 殿

所属長又は
任命権者名 _____ 職印

所属機関 _____

所在地 _____

電話番号 _____ - _____

宛名票

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
様	様
※ <input type="text"/>	※ <input type="text"/>

(注意)

1. 合格通知書及び入学書類等の送付先を記入してください。
2. 「様」を直さないでください。
3. ※印欄は記入しないでください。

信州大学大学院医学系研究科外国人留学生申請書
(APPLICATION FOR SHINSHU UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE)

1. 姓名 (Name in full) _____, _____, _____.
姓 (Family name) 名 (First name) (Middle name)
2. 性別 (Sex) 男 (Male) 女 (Female)
3. 婚姻状況 (Marital status) 未婚 (Single) 既婚 (Married)
4. 国籍 (Nationality) _____
5. 生年月日 (Date of birth) _____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day), 年齢 (Age) _____歳
6. 現職 (Present status) _____
7. 学歴 (Educational History)
- | | | | |
|--|------|-----|--|
| | 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 | |
8. 過去に専攻した分野 (Field of study specialized in the past)
- _____
- _____
- _____
9. 職歴 (Work History)
- _____
- _____
- _____
10. 大学院進学のための目的又は研究計画 (Purpose of the application and / or study program)
- _____
- _____
- _____
11. 日本語、英語の能力 (English or Japanese language proficiency)
 WHO, 笹川, UST(EPT), TOEFL 等の試験を受けた方は、その成績証明書を添付してください。
 (Describe scores evaluated by WHO, SASAGAWA, UST(EPT), TOEFL etc)
- _____
- _____
- _____
12. 在学中の学費の証明 (Financial background certification)
- _____
- _____
- _____
13. 著書・論文 (Publication list, if any)
- _____
- _____
- _____

申請年月日 (Date of application) _____

申請者署名 (Signature) _____

指導教授署名 (Signature of supervisor) _____
 (指導教員)

- ・ 自筆、楷書を用いてください。(Application should be typewritten or written in Roman block capitals)
- ・ は該当箇所にチェックを付けてください。(Check the applicable box.)

出願資格認定申請書

Admission Qualification Screening Application

フリガナ Name in Katakana		生年月日 Date of Birth	昭和 平成	年	月	日
氏名 Name			Date	Year	Month	Day
住所 Address	〒 (Postal code)		電話番号 Tel			
受験区分 Selection Category	<input type="checkbox"/> 一般入試 General Selection <input type="checkbox"/> 社会人入試 Working Student Selection <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。(Check the applicable box)					
志望教室 Desired Department	第1志望 First Choice	教室 Department				
	第2志望 Second Choice	教室 Department				
学 歴 Educational History						
年 月 Year Month	修業年限 Term of Study	事項 Details 高等学校入学から記入してください。 *外国人志願者は小学校入学から記入してください。 To Foreign Students: Please enter information from elementary school onward.				
年 月 ~ 年 月	年					
年 月 ~ 年 月	年					
年 月 ~ 年 月	年					
年 月 ~ 年 月	年					
年 月 ~ 年 月	年					
年 月 ~ 年 月	年					
勤 務 歴 Work History						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
研 究 歴 Research History						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						
年 月 ~ 年 月						

信州大学大学院医学系研究科

Graduate School of Medicine, Shinshu University

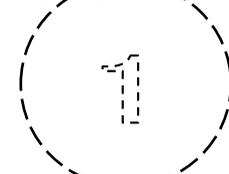
A票 (大学提出用) 平成30年度 入学検定料納付確認書

依頼日	平成 年 月 日
フリガナ 志願者氏名	
〒	
住所	
TEL	- -

1. 金融機関(郵便局(ゆうちょ銀行)を除く)の収納印がない場合は無効となります。
2. 金額を訂正したもの、鉛筆書きは無効となります。

学部コード	
M	4

取扱金融機関収納印



3ヶ所押印

下記のとおり入学検定料として納付いたしました。

_____ 銀行

金額	千	百	十	円
¥	3	0	0	0

_____ 支店

信州大学

(医学系研究科修士課程1次募集用)

(振込み後、自分で切り離してください。)

B票 (志願者保存用) 平成30年度 入学検定料納付確認書

(大切に保存してください)

依頼日	平成 年 月 日
志願者氏名	
〒	
住所	
TEL	- -

1. 金融機関(郵便局(ゆうちょ銀行)を除く)の収納印がない場合は無効となります。
2. 金額を訂正したもの、鉛筆書きは無効となります。

学部コード	
M	4

取扱金融機関収納印



3ヶ所押印

下記のとおり入学検定料として領収いたしました。

_____ 銀行

金額	千	百	十	円	手数料	円
¥	3	0	0	0		

_____ 支店

信州大学

(医学系研究科修士課程1次募集用)

(金融機関で切り離してください。)

電信扱

平成30年度 入学検定料 振込依頼書 (取扱店保存)

勘定科目	※
------	---

取扱金融機関へ
お願い

振込期間 平成 29 年 7 月 18 日 ~ 平成 29 年 8 月 2 日

依頼日	平成 年 月 日	振込指定	電信扱	手数料	円
受取人	振込先銀行	みずほ銀行 松本支店	金額	¥	30000
	口座名	コクリツダイガクハウジンシンシュウダイガク 国立大学法人信州大学	現金		
	学部コード(2桁)	志願者氏名(カタカナ)	当店券		
	M 4		他店券		
	志願者氏名(漢字)				
ご依頼人	〒				
	住所				
	TEL	- -			

学連部
電お統
打な部
し、し
して、
姓て
と打
だ名ド
さの(2
さい。桁
はく
1だは
。さ氏
。名
マ。頭
ス。部
空。に
けて

取扱金融機関収納印	※

3ヶ所押印

C票

信州大学

(医学系研究科修士課程1次募集用)

本用紙に関するお問合せ
信州大学経理調達課(収入担当)
TEL: 0263-37-2135

A票 (大学提出用) 平成30年度 入学検定料納付確認書

依頼日	平成 年 月 日
フリガナ 志願者氏名	
〒	
住所	
TEL	- -

1. 金融機関(郵便局(ゆうちょ銀行)を除く)の収納印がない場合は無効となります。
2. 金額を訂正したもの、鉛筆書きは無効となります。

学部コード	
M	4

取扱金融機関収納印



下記のとおり入学検定料として納付いたしました。

_____ 銀行

金額	千 円	円
¥ 300000		

_____ 支店

信州大学

(医学系研究科修士課程2次募集用)

(振込み後、自分で切り離してください。)

B票 (志願者保存用) 平成30年度 入学検定料納付確認書

(大切に保存してください)

依頼日	平成 年 月 日
志願者氏名	
〒	
住所	
TEL	- -

1. 金融機関(郵便局(ゆうちょ銀行)を除く)の収納印がない場合は無効となります。
2. 金額を訂正したもの、鉛筆書きは無効となります。

学部コード	
M	4

取扱金融機関収納印



下記のとおり入学検定料として領収いたしました。

_____ 銀行

金額	千 円	円	手数料	円
¥ 300000				

_____ 支店

信州大学

(医学系研究科修士課程2次募集用)

(金融機関で切り離してください。)

電信扱

平成30年度
入学検定料
振込期間

振込依頼書 (取扱店保存)

勘定科目	※
------	---

平成 29 年 10 月 30 日 ~ 平成 29 年 11 月 15 日

取扱金融機関へ
お願い

学連部
コード
2桁
は氏名
頭部に
打な
電お
続し
して
く
と
姓
と
打
名
の
間
は
1
マ
ス
空
け
て

依頼日	平成 年 月 日	振込指定	電信扱	手数料	円
受 取 人	振込先 銀行	みずほ銀行 松本支店	普通	金額	円
	口座名	コクリツダイガクハウジンシンシュウダイガク		現金	
		国立大学法人信州大学	内訳	当店券	
	学部コード(2桁)	志願者氏名(カタカナ)		他店券	
	M 4				
ご依頼人	志願者氏名(漢字)				
	〒				
	住所				
	TEL	- -			

取扱金融機関収納印



※

C票

信州大学

(医学系研究科修士課程2次募集用)

本用紙に関するお問合せ
信州大学経理調達課(収入担当)

TEL: 0263-37-2135

記入例

- (注意) 1. 太枠内に日付, 住所, 氏名等を記入してください。
 2. 郵便局(ゆうちょ銀行)を除く金融機関の窓口から振り込んでください。(ATM, パソコン, 携帯電話等からの振込みは行わないでください。)
 3. 金額を訂正したもの, 鉛筆書きしたもの, 金融機関の収納印がないものは無効となります。
 4. 振込み後, 納付確認書(A票)及び領収書(B票)を受け取り, A票, B票の所定欄に金融機関の収納印があることを確認してください。
 5. 入学検定料納付確認書(A票)は他の出願書類とともに提出してください。

日付, 氏名とフリガナ, 住所を記入してください。
 大学への提出用となります。

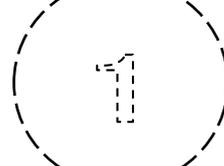
A票 (大学提出用) 平成〇〇年度 入学検定料納付確認書

依頼日	平成 〇年 〇月 〇日
フリガナ 志願者氏名	シンシュウタロウ 信州太郎
〒123-4567 住所	長野県〇〇市〇〇1-2-3 TEL: ××××-××-××××

- 金融機関(郵便局(ゆうちょ銀行)を除く)の収納印がない場合は無効となります。
- 金額を訂正したもの, 鉛筆書きは無効となります。

学部コード	
M	4

取扱金融機関収納印



下記のとおり入学検定料として納付いたしました。

金額	千円	円
¥30000		

信州大学

銀行

支店

3ヶ所押印

(医学系研究科修士課程〇次募集用)

(振込み後, 自分で切り離してください。)

B票 (志願者保存用) 平成〇〇年度 入学検定料領収書

依頼日	平成 〇年 〇月 〇日
志願者氏名	信州太郎
〒123-4567 住所	長野県〇〇市〇〇1-2-3 TEL: ××××-××-××××

- 金融機関(郵便局(ゆうちょ銀行)を除く)の収納印がない場合は無効となります。
- 金額を訂正したもの, 鉛筆書きは無効となります。

学部コード	
M	4

取扱金融機関収納印



下記のとおり入学検定料として領収いたしました。

金額	千円	円	手数料	円
¥30000				

信州大学

銀行

支店

3ヶ所押印

(医学系研究科修士課程〇次募集用)

振込み後, 金融機関の収納印があることを確認してください。

日付, 氏名, 住所を記入してください。
 領収書ですので, 大切に保管してください。

(金融機関で切り離してください。)

電信扱

平成〇〇年度 入学検定料 振込依頼書 (取扱店保存)
 振込期間 平成〇〇年〇月〇日 ~ 平成〇〇年〇月〇日

勘定科目	※
------	---

取扱金融機関へ
 お願い

打な連学電お続部し、しコーして姓てと打ドだ名電へ2桁はくは氏名頭部に1だは氏名空けて

依頼日	平成 〇年 〇月 〇日	振込指定	電信扱	手数料	円
受	振込先銀行	みずほ銀行 松本支店	普通 1752813	金額	¥30000
取	口座名	コクリツダイガクホウジンシンシュウダイガク 国立大学法人信州大学		現金	
人	学部コード(2桁)	志願者氏名(カタカナ)		当店券	
	M 4	シンシュウ タロウ		他店券	
ご依頼人	志願者氏名(漢字)	信州太郎			
	〒123-4567 住所	長野県〇〇市〇〇1-2-3 TEL: ××××-××-××××			

取扱金融機関収納印



氏名, 住所を記入してください。

C票

信州大学

(医学系研究科修士課程〇次募集用)

本用紙に関するお問合せ
 信州大学経理調達課(収入担当)
 TEL: 0263-37-2135