

志 望 理 由 書

Statement of Purpose

氏 名 Name		※受験番号 Examinee Number	※For office use only
卒業論文題目 Title of Bachelor's Thesis			
第 1 志望教室 Unit of First choice		第 2 志望教室 Unit 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、2022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 (2022 Admission) at the Graduate School of Medicine, Shinshu University.

年 月 日
Year Month Day

教室名 _____
Unit

担当教員 _____ 印
Supervisor (Signature)

受験及び修学承諾書

受験者氏名_____

生年月日_____年 月 日生

職 名_____

上記の者が、2022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。

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

(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。

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

様

※	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

様

※	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

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. 国籍 (Nationality) _____
4. 生年月日 (Date of birth) _____年 (Year) _____月 (Month) _____日 (Day), 年齢 (Age) _____歳
5. 現職 (Present status) _____
6. 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 |
7. 過去に専攻した分野 (Field of study specialized in the past)
- _____
- _____
- _____
8. 職歴 (Work History)
- _____
- _____
- _____
9. 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)
- _____
- _____
- _____
10. 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)
- _____
- _____
- _____
11. 在学中の学費の証明 (Financial background certification)
- _____
- _____
- _____
12. 著書・論文 (Publication list, if any)
- _____
- _____
- _____

申請年月日 (Date of application) _____

申請者署名 (Signature) _____

指導教員署名 (Signature of supervisor) _____

- ・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.)

入学資格審査申請書

Admission Qualification Screening Application

フリガナ Name in Katakana		生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day
氏名 Name			
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 Unit	第1志望 First Choice		教室 Unit
	第2志望 Second Choice		教室 Unit
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