

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 | |
| 第 1 志望教室・第 2 志望教室を選択した理由 (State reasons for your first and second 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 _____
Examinee's Name (print)

上記の者が、2024 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 (2024 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、2024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 Experience)
- _____
- _____
- _____
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 Experience | | | |
| 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

受験タイプ選択確認書

Examination type confirmation

氏名 (自筆) _____
Name (Please print clearly)

希望する受験タイプにチェック (☑) してください。

Please check (☑) the examination type you would like to take.

| | |
|--|--------------------------|
| A : 信州大学での受験を希望します。 A : I would like to take the examination at Shinshu University. | <input type="checkbox"/> |
| B : オンライン面接による受験を希望します。 B : I would like to take an online interview. | <input type="checkbox"/> |

提出できる外部英語スコアは、TOEFL iBT、IELTS (Academic Module) または TOEIC (L&R) です。

これ以外のスコアの提出を希望する場合は、事前に医学系研究科入試事務室へお問い合わせください。

The acceptable English proficiency certificates are TOEFL iBT or IELTS (Academic Module) or TOEIC (L&R).

If you would like to submit the certificate other than those tests, please consult with the Academic Affairs, Graduate School of Medicine (Admissions Office) before the application.