

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、2024 年度信州大学大学院総合医理工学研究科医学系専攻医学分野の
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 Doctor's Program (2024 Admission) at the
Department of Medical Sciences, Graduate School of Medicine, Science and
Technology, 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総合医理工学研究科医学系専攻医学分野
の入学試験を受験することを承諾します。

年 月 日

信州大学大学院総合医理工学研究科長 殿

所属長又は
任命権者名 _____ 職印

所 属 機 関 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____ — —

*なお、第2志望に合格した場合、所属は生命医工学専攻4年制コースとなります。

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

様式3 (Form 3)

様

※	
---	--

医学系専攻

様

※	
---	--

医学系専攻

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. 受取先が本学教室事務室の場合は、住所を記入せず**教室名と氏名**を記入してください。
3. 「様」を直さないでください。
4. ※印欄は記入しないでください。

外国人留学生申請書
Application Form for International Students

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 (Education)
 _____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)

担当教員署名 (Signature of academic 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.)

整理番号 Reference No.	※
--------------------------	---

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 <input type="checkbox"/> 社会人入試 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 General Selection Working Student Selection Check the applicable box		
医学系専攻 Department of Medical Sciences			
志望分野・教室 Desired Division and Unit	医学分野 Medical Science Division		教室 Unit
学 歴 Education			
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		
勤 務 歴 Work Experience			
年 月 ~ 年 月			
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			

※印欄は記入しないでください。
The columns marked [※] are for office use only.

志 望 理 由 書

Statement of Purpose

整理番号 Reference No.	※	氏 名 Name		備 考 Notes	※
--------------------------	---	-------------	--	--------------	---

※印欄は記入しないでください。
The columns marked [※] are for office use only.

研 究 歴 証 明 書

Research History Certificate

氏 名
Name

上記の者が、下記のとおり研究歴を有することを証明します。

I hereby certify that the above-mentioned person holds the following research history.

記

在 職 し た 機 関 部 局 及 び 身 分 Name of department and institution belonged, and his/her position	
研 究 期 間 Term of Research	年 月 ～ 年 月 (年 月間) Year/ Month Year/Month (Duration: year(s) month(s))
研究題目及び研究内容 Research Subject and Contents	
指導教員・職・氏名 Position and Name of Advisor	

年 月 日
Year / Month / Day所 在 地
Address機 関 名
Name of Department機関の長
Name of Affiliated Department Head印
[Seal]

研 究 業 績 目 録

Research Achievements Report

整理番号 Reference No.	※	氏 名 Name	備 考 Notes	※
--------------------------	---	-------------	--------------	---

学術論文，研究報告， 特 許 等 の 名 称 Name of academic treatises, research report, patent, etc.	発 行 又 は 発表の年月 Date of publication (year/month)	発行所，発表雑誌等又 は 発表学会等の名称 Name of publisher, journal, etc., or relevant academic society	共 著 者 又 は 共同発表者名 Name of co-authors or co-presenters	備 考 Notes

※印欄は記入しないでください。

The columns marked [※] are for office use only.

(注) 学術論文等の出版物は，別刷り又は写しを添付してください。

(Note) Please attach a copy or reprint of the listed publications.

学術論文について，投稿中のものは不可とします。ただし，掲載受理されたものは原稿（写）及び受理証明書（アクセプト）をもって可とします。

Papers under review should not be listed. However, papers accepted for publication can be listed along with the manuscript copy and the letter of acceptance.

信州大学大学院総合医理工学研究科

Graduate School of Medicine, Science and Technology, 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 : 外部英語スコア提出とオンライン面接による受験を希望します。 B : I would like to submit my English proficiency certificate and 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, 事前に医学部大学院係 (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, School of Medicine (Admissions Office) before the application.