２０２３年度 兵庫医科大学大学院医学研究科（前期・後期）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 受 験 番 号  Examinee’s number | | | 合 否  Admission decision |
| ※ | | | ※ |
| 氏 名 |  | | | 生 年 月 日  Birth date | | | | 年 齢  Age |
| Name | 年  Year  (昭和・平成 年) 月 日  (Showa, Heisei year) Month Day | | | |  |
| （漢字）  (Chinese character) | 満 歳 |
|  | Last First Middle | | | (count in full) |
| 氏 名 |  | | | 性 別 | | | 国 籍 | 母国語 |
| Name | Sex | | | Nationality | Native language |
| （ローマ字）  (Alphabet) | 男・女 | | |  |  |
|  | Last First Middle | | | Male/Female | | |
| 現住所 | 〒  Postal code  TEL （ ） 携帯電話 （ ）  Telephone Cellular phone | | | | | | | |
| Present address |
| 連絡先  Contact address | 試験・入学等について、現住所以外の連絡先がある場合は記入のこと。  Contact address for exam etc. other than present address, if any  〒  Postal code  TEL （ ）  Telephone | | | | | | | |
| 最終学歴 | 大学 学部 学科  卒業  (University, Faculty, Subject) 年(昭和・平成 年) (Graduated from)  月 日 卒業見込  Year (Showa, Heisei year) (Prospective graduation from)  大学院 科 課程 Month Day  修了  (University, Graduate School, Program) （completed）  修了見込  （Prospective completion of） | | | | | | | |
| (Degrees) |
| 医師免許取得日 | 年（昭和・平成 年） 月 日  Year (Showa, Heisei year) Month Day  (外国人特別学生は記入不要） (Not required of the special foreign student to fill-in) | | | | | | | |
| Date of acquisition of |
| medical license |
| 臨床研修 | 年（昭和・平成 年） 月 日 修了 ／ 研修中  Year (Showa, Heisei year) Month Day completed / During training  (外国人特別学生は記入不要）(Not required of the special foreign student to fill-in) | | | | | | | |
| Clinical training |
|  | 志望する専攻 | | | | | | | |
|  | 専攻名・研究分野名 | * 医科学専攻   Medical Science Courses   * 先端医学専攻   Advanced Medical Science Courses | * 器官・代謝制御系 □ 分子病態制御系   （Organ Function and Metabolism） (Molecular Medicine)   * 高次神経制御系 □ 疼痛情報制御系   （Integrated Neurosciences） (Pain Research)   * 生体応答制御系 □ 分子再生医学系   （Bioresponse Medicine） (Gene Medicine and Therapeutic Regeneration)   * 生体再生制御系   （Bioregeneration）   * 環境病態制御系   （Environmental Medicine） | | | | | |
| 志望する専 | Course ・Field of research |
| 攻等 |  |
| Preferred course etc | 授業科目名(Subject) 指導教授名(Professor) | 学（Subject） | | | | （志望する指導教授(Professor)）  印  (seal) | | |
|  | 主たる受講時間 | 昼間 ・ 夜間 | | | | | | |
|  | Major time of taking class | Daytime / Night time | | | | | | |

Hyogo Medical University, Graduate School of Medicine (The first examination / The second examination)

# 入 学 願 書

### Application for admission

【注意】１．※欄には記入しないこと。1. Do not fill in the column marked ※.

[Note] ２．該当欄に記入し、所定の文字を○で囲むこと。2. Fill in the relevant space and circle the letter(s) that applies.

### ３．指導教授と面談済の場合は予め署名・押印を受けてください。(面接を免除できることがあります)

3.If you have already met with your academic advisor, please sign and seal in advance.(You may be exempt from the interview)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 履 歴  Resume | | | | | 書 | | | |
| 区 分 | 在籍期間 | | | 在籍学校名・機関名  Name of the registered school/organization | | | | |
| Item | Period of register | | | （高等学校から記入 | すること。外国人特別学生 は小学校から記入すること） | | | |
|  |  | | | (Name the senior high school and after. Foreign student is asked to name the primary school and after.) | | | | |
|  | From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
|  | To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
|  | To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| 学 歴 | To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| Academic |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| background |
|  | From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
|  | To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
|  | To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| 職 歴及 び 研究歴  Professional and/or research background | From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| From | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |  | | | | |
| To | 年（昭和・平成  Year (Showa, Heisei | 年 ） 月  year) Month |
| 賞 罰  Reward and punishment |  | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  I swear the above statement holds true. | | | | 氏名  Sign | 年  Year | 月  Month | 日  Day | ㊞  (Personal seal) |

２０２３年度 兵庫医科大学大学院医学研究科 （前期・後期）

Hyogo Medical University, Graduate School of Medicine (The first examination / The second examination)

# 受 験 票

※

受 験 番 号

Examinee’s number

## Examination admission card

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  Reading in kana  氏 名  Name | | | |  | | | | | | 男女  Male/Female |
|  | 志 | 望 | す | | る | 専 | 攻 | 等 | Preferred course etc. | |
| 専 | 攻  Course | 名 |  | 専攻  Course | | | | | | |
| 研究分野名  Field of research | | | | 系  Field of research | | | | | | |
| 授業科目名  Subject  （指導教授名）  (Professor) | | | |  |  | （ |  |  | ） | |

写 真 貼 付 欄

・上半身脱帽正面

・出願 3 か月以内に撮影したもの

・たて５㎝×よこ４㎝裏面に氏名を記入のこと

Column for photo past-up

* Waist-up, full-face and uncovered head
* Taken within three months prior to the application
* 5cm by 4cm. Write in your name

overleaf.

## 【 注 意】 ※１ 受験中は本票を必ず携帯すること。

[Note] ※1 Please always take along this sheet during the examination.

## ※２ 本票を以って入学検定料受領書とする。

※２ This sheet serves as the receipt of fee for the examination.

## ２０２３年度 兵庫医科大学大学院医学研究科 （前期・後期）

Hyogo Medical University, Graduate School of Medicine (The first examination / The second examination)

# 名 票

※

受 験 番 号

Examinee’s number

## Name card

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  Reading in kana  氏 名  Name | | | |  | | | | | | 男女  Male/Female |
|  | 志 | 望 | す | | る | 専 | 攻 | 等 | Preferred course etc. | |
| 専 | 攻  Course | 名 |  | 専攻  Course | | | | | | |
| 研究分野名  Field of research | | | | 系  Field of research | | | | | | |
| 授業科目名  Subject  （指導教授名）  (Professor) | | | |  |  | （ |  |  | ） | |

写 真 貼 付 欄

・上半身脱帽正面

・出願 3 か月以内に撮影したもの

・たて５㎝×よこ４㎝裏面に氏名を記入のこと

Column for photo past-up

* Waist-up, full-face and uncovered head
* Taken within three months prior to the application
* 5cm by 4cm. Write in your name

overleaf.

### 様式４

**受 験・就 学 承 諾 書**

兵庫医科大学長 殿

## 年 月 日

### 住 所

機 関 名

### 所属長職

氏 名 ○印

## 下記の者が、貴大学院医学研究科博士課程の入学試験を受験することを許可します。なお、同人が貴大学院医学研究科に入学した場合は、在職のまま就学することを承諾します。

記

### 氏 名

生年月日 年 月 日

### 現 住 所

職 名