２０２５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)

入 学 願 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 月 日　　　　　　　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 codeTEL （ ） 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 codeTEL （ ）Telephone |
| 最終学歴 | 大学 学部 学科卒業(University, Faculty, Subject) 年　　　月　　日　　 ~~(~~Graduated from) 卒業見込 (Prospective graduation from)大学院 科 課程　　Year 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 |
|  | 専攻名・研究分野名 | 医科学専攻Medical Science Courses | * 器官・代謝制御系 □　生体再生制御系

（Organ Function and Metabolism）　　　（Bioregeneration）* 高次神経制御系 □　環境病態制御系

（Integrated Neurosciences） （Environmental Medicine）* 生体応答制御系

（Bioresponse Medicine）  |
| 志望する | Course ・Field of research |
| 専攻等 |  |
| Preferred course etc | 授業科目名(Subject) 指導教授名(Professor) | 学（Subject） | （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 |

# 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　　　書Resume |
| 区　分Item | 在籍期間Period of register | 在籍学校名・機関名Name of the registered school/organization（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.) |
| 学　歴Academicbackground | From 　　 　　　年　　　　　月 　　　 Year 　　 　　　Month | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year 　　　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| 職　歴及び研究歴Professionaland/orresearchbackground | From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| From 　　 　　　年　　　　　月　　　　　Year　　　　　　Month　　　 |  |
| To　　　　　　　　年　　　　　月Year　　 　　　 Month　　　 |
| 賞　罰Rewardandpunishment |  |
| 　　上記のとおり相違ありません。 I swear the above statement holds true.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 　　　　　 Year Month Day　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ Sign (Personal seal) |

２０２５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　番　号Examinee’s number |
| ※ |

受　験　票

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　名Course |  　　　　医科学 | 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4㎝×よこ3㎝　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
* 4cm by 3cm. 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.

|  |
| --- |
|  |

２０２５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　番　号Examinee’s number |
| ※ |

名　　　票

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　名Course | 　　　　　　　医科学 | 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4㎝×よこ3㎝　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
* 4cm by 3cm. Write in your name

overleaf. |

様式４

**受　験・就　学　承　諾　書**

　　　　　　年　　月　　日

兵庫医科大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　 住　 所

機 関 名

所属長職

　　　　　　　　　　　　　　 　 氏 　名

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以　上