２０２６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 code  携帯電話 （ ） E-mail：  Cellular phone | | | | | | | |
| Present address |
| 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）  ） | | | | | | | |
| (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  Academic  background | 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  Professional  and/or  research  background | 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  Reward  and  punishment |  | |
| 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) | | |

２０２６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.

|  |
| --- |
|  |

２０２６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