|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【様式１】Form 1 | | 受験番号  Examinee’s number | ※大学記入欄 |
| 2023年度 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科  博士課程国費外国人留学生（大使館推薦対象）入学願書  2022 Tokyo Medical and Dental University, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Doctoral Program, Admission Application Form  for Japanese Government (Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology) Scholarship International Student (Embassy Recommendation)  東京医科歯科大学長 殿  写 真  （縦4cm×横3cm）  写真の裏面に氏名を記入すること。写真は3 枚同一のものを使用すること。  Photo  (4 cm high × 3 cm wide)  Write your name on the backsides of the photos. Use three identical photos for the application.  To: President, Tokyo Medical and Dental University  フ リ ガ ナ  Name in katakana  志願者氏名 男・女  Applicant’s name Male / Female  ローマ字表記  Name in Roman letters  生 年 月 日 西暦 年 月 日生（満 歳）〔2023年3月31日現在〕  Birthdate: year/ month/ day　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Age　　　　 (As of March 31, 2023)  貴大学大学院医歯学総合研究科博士課程に入学したいので所定の書類を添えて出願いたします。  I would like to enter the medical and dental sciences doctoral program of the Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Medical and Dental Sciences and hereby submit my application with the required documents.  西暦 　年 月 日  Date: year / month / day | | | |
| 志 望 分 野  Desired department to enter | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 分野コード  Department code |  |  |  |  |   　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 分野  Department  指導教員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　㊞（署名・捺印）  Prospective supervisor (Signature and personal seal) | | |
| ※ 該当する分野のみ。該当分野については注１参照 \*Only if applicable. Refer to NOTE 1.  分野長氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　㊞（署名・捺印）  Department head (Signature and personal seal) | | |
| 本　籍　地  （外国人留学生は国籍）  ( Nationality for international students) | （本籍地は都道府県のみ）  (Only name of prefecture for legal domicile) | |  |
| 連　　絡　　先  Contact information | 現住所 Current address  〒 | | |
| TEL（携帯電話/Mobile phone number）:  ※携帯電話を持っていない場合は自宅の電話番号を記入すること。/Write your home phone number unless you have a mobile phone. | | |
| e-mail：  ※重要なお知らせをメールで連絡する場合があるので、必ず記入すること。  　Be sure to fill in your email adders as we may inform important notices to you via email. | | |
| 出 願 資 格  （最終学歴）  Application qualifications  Final academic background | 大学　　　　　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　　　学科  University Faculty Department  西暦 年 月 卒業・卒業見込  Date of graduation (expected graduation): year/ month | | |
| 大学大学院　　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　　専攻  University/ Graduate school Course Major    　　　　　　　　修士課程・博士課程　西暦 　　　　　年　　　月　修了・修了見込  　　　　　　　　　　　　　 Master’s program / Doctoral program Year / Month Completed/Expect to complete | | |

氏名

Name

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 履　　歴　　事　　項  Personal History Data | | |
| 学　歴　Scholastic career | 年 月  　Year / Month | 高等学校　卒業  high school graduation |
| 年 月  　Year / Month | 大学　　　　　　　　　学部　　　　　　 学科 　入学  University Faculty Department Matriculation |
| 年 月  　Year / Month | 大学　　　　　　　　　学部　　　　　 　学科 卒業(見込)  University Faculty Department　 graduation  (expected graduation) |
| 自 年 月  至 年 月 |  |
| From /  To / |  |
| 職 歴 Work history | 自 年 月  至 年 月 |  |
| 自 年 月  至 年 月 |  |
| 自 年 月  至 年 月 |  |
| 自 年 月  至 年 月 |  |
| 自 年 月  至 年 月 |  |
| 自 年 月  至 年 月 |  |
| From /  To / |  |
| From /  To / |  |
| 資格Credentials | 年 月  　Year / Month | 第　　回　　医師・歯科医師・獣医師　　国家試験合格 |
| 年 月  　Year / Month | 第　　　　　号　　医籍・歯科医籍・獣医籍　　登録 |
| 年 月  　Year / Month |  |
| 賞罰Awards | 年 月  　Year / Month |  |
| 年 月  　Year / Month |  |

（注）NOTE

　１．連携大学院分野(理研生体分子制御学、NCC腫瘍医科学)及び領域創成科学の分野長以外が指導教員となる場合は、指導教員及び分野長両名の押印が必要となります。

Applicants applying to “Joint Graduate School department” and “Interdisciplinary Sciences” need to get signatures and personal seals from both prospective supervisor and Department head.

２．記入欄が不足する場合は、別紙（任意）を作成し添付すること。

If there is not enough space, create a separate sheet and attach it

３．募集要項に掲載されている志望分野の指導教員の署名・捺印を受けてから、提出すること。

Submit the application after receiving the signature and seal of the faculty advisor whose name is listed on the application guidelines in your desired field of study.

４．西暦で記入すること。

Use western calendar dates.

５．学歴は、高等学校卒業から記入すること。

Provide your academic history following graduation from senior high school.