

2024年10月入学
千葉大学大学院 医学薬学府 4年博士課程 (医学領域) 先端医学薬学国際プログラム
International Frontier Medical and Pharmaceutical Program
Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Program (4-Year Program) (Medical Field)
October Admission 2024
〔入学願書・進学願書〕 Application for Admission

千葉大学長殿 貴大学医学薬学府 4年博士課程 (医学領域) 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 submit application forms to enter the Doctoral Program for the Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences, Chiba University. 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Date of application _____ year _____ month _____ date ふりがな 氏名 _____ 男 ・ 女 Name Last First Middle Male Female _____ 年 _____ 月 _____ 日生 Date of Birth _____ year _____ month _____ date	受験番号 Application Number	※
	国籍 Nationality	
	入学後の指導 (予定) 教員名 Name of Requested Academic Advisor	

現住所 Current Address	住所 Home Address	
	自宅TEL Home Phone Number	携帯TEL Mobile Phone Number
	E-mail	
その他の連絡先 Other Contact in Japan	住所 Address	
	TEL Phone Number	携帯TEL Mobile Phone Number
	E-mail	

※Official use only
写真貼付
写真は上半身脱帽
正面向きで3か月
以内に撮影したもの
(6×4 cm)
Frontal photographs
(bust shots) taken
within the last three
months
No hat
(6×4 cm)

受験票 Form I

Examination
Admission Ticket

2024年10月入学千葉大学大学院
医学薬学府 4年博士課程 (医学領域)
先端医学薬学国際プログラム
October admission 2024
International Frontier Medical and Pharmaceutical
Program
Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences

受験番号 Application Number	※
ふりがな 氏名 Name	
	Last First Middle
入学後の指導 (予定) 教員名 Name of Requested Academic Advisor	

写真貼付
写真は上半身脱帽
正面向きで3か月
以内に撮影したもの
(6×4 cm)
Frontal photographs
(bust shots) taken
within the last three
months
No hat
(6×4 cm)

Curriculum Vitae

履歴書

Form II

氏名 Full Name	母語 in your native language	Last First Middle	男/女 M/F Gender	生年月日 Date of Birth	年齢 Age	国籍 Nationality	在留資格 Resident Status	現況 Current Status**
	ローマ字 in Roman alphabet	Last First Middle						<input type="checkbox"/> Student 学生 <input type="checkbox"/> Employed 有職者 <input type="checkbox"/> Others 他
学校名/所在地 Name and Location (City, Country) of School			正規の修学年数 Officially Required Years for Completion	入学及び卒業年月 Year and Month of Entrance and Completion	修業年数 Actually Attended Years for Completion	専攻 Major	学位・資格 Degree or Qualification Obtained	
初等教育 Elementary Education 小学校 Elementary School	学校名 Name 所在地 Location		年 Years	入学 From 卒業 To	年 Years			
中等教育 Secondary Education 中学及び 高校 Secondary Schools	中学 Middle School	学校名 Name 所在地 Location	年 Years	入学 From 卒業 To	年 Years			
	高校 High School	学校名 Name 所在地 Location	年 Years	入学 From 卒業 To	年 Years			
高等学校 Higher Education 大学 Undergraduate Level 大学院 Graduate Level	大学 Name Location	学校名 Name 所在地 Location	年 Years	入学 From 卒業 To	年 Years			
	大学院 Name Location	学校名 Name 所在地 Location	年 Years	入学 From 卒業 To	年 Years			
以上を通算した全学校教育修学年数 Total years of schooling mentioned above			年 Years		年 Years			

研究歴 Research History	研究機関名 Name of Research Institution	所在地 Location	研究期間 Period of Research From To	年 Years
職歴 Employment History	勤務先名 Name of Employer	所在地 Location	勤務期間 Period of Employment From To	年 Years
日本語の学習歴 Japanese Language Education History	教育機関名 Name of Educational Institution	所在地 Location	履修期間 Period of Study From To	年 Years

記入は、日本語又はローマ字体を用いること。Please type or print in Roman alphabet.

Doctoral Program for Graduate School of Medical and
Pharmaceutical Sciences
Chiba University
International Frontier Medical and Pharmaceutical Program
千葉大学大学院医学薬学府 4年博士課程 (医学領域)
先端医学薬学国際プログラム

Form III

Abstract of the Master's Thesis
学位 (修士) 論文要旨

名前 Full name:		
Last	First	Middle
論文題目 Title of Thesis		
概要 Abstract		

Note: This form is for an applicant who holds a Master Degree.

Doctoral Program for Graduate School of Medical and
Pharmaceutical Sciences
Chiba University
International Frontier Medical and Pharmaceutical Program
千葉大学大学院医学薬学府 4年博士課程 (医学領域)
先端医学薬学国際プログラム

Form IV

Research Activity Report
研究経過報告書

名前 Full name:		
Last	First	Middle
研究テーマ A research theme		
概要 Abstract		

*This form is for an applicant who doesn't hold a Master's Degree.

この報告書は修士の学位を持たない志願者のみ提出してください。

Doctoral Program for Graduate School of Medical and
Pharmaceutical Sciences
Chiba University
International Frontier Medical and Pharmaceutical Program
千葉大学大学院医学薬学府 4年博士課程 (医学領域)
先端医学薬学国際プログラム

Form VI

Research Proposal
研究計画書

名前 Full name:		
Last	First	Middle
博士論文題目 (仮タイトルでよい) Title of Doctoral dissertation (A tentative title is acceptable.)		
概要 Abstract		

Letter of Recommendation 推薦書

Form VII

入学志願者名 Name of applicant:

千葉大学大学院医学薬学府に上記の入学志願者を後述の内容により推薦します。

I would like to recommend the abovementioned applicant for admission to the Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences for the reasons mentioned below.

日付 Date: / / (year/month/date)

推薦者 Recommender 職名 Position:

所属 Facility:

氏名 Name:

Signature:

- (1) 入学志願者の研究経過, 研究計画に対する所見及び能力, 性格等について記入してください。
- (2) この推薦書の記入者(推薦者)は, 原則として本人を指導した教員とする。ただし, 有職者の場合にあつては, 本人を熟知し職場において指導立場にある者であってもよい。
- (1) Please provide us with your views on applicant's attitude towards research, and research knowledge and skills, as well as applicant's personal qualities.
- (2) As a general rule, a faculty member who supervised the applicant must fill out this form. However, if an expert who holds a position of responsibility at the applicant's workplace is familiar with the applicant, this rule is not applicable.