

令和8年10月／令和9年4月入学 千葉大学大学院医学薬学府4年博士課程 入学願書

Application Form (October 2026 / April 2027 Admission)

Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Course (4-year-program)

出願種別 志望専攻 Desired (Preferred) Division 該当する口にチェック を入れること。 Check the appropriate boxes.	<input type="checkbox"/> 先端医学薬学専攻 Division of Frontier Medicine and Pharmacy	<input type="checkbox"/> 医学領域 (Medicine) <input type="checkbox"/> 薬学領域 (Pharmacy)	<input type="checkbox"/> 令和8(2026)年10月入学 October 2026 Admission <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第1回 April 2027 Admission / 1st Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第2回 April 2027 Admission / 2nd Selection
	<input type="checkbox"/> 先進予防医学共同専攻 (医学領域) Division of Advanced Preventive Medical Sciences (Medicine)		<input type="checkbox"/> 令和8(2026)年10月入学 October 2026 Admission <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第1回 April 2027 Admission / 1st Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第2回 April 2027 Admission / 2nd Selection

受験番号 Application Number	※Official use only	フリガナ Name in Katakana 氏名 Name	----- ※Please write your name exactly as it appears on your passport.	Sex 男/M ・ 女/F
		生年月日 Date of Birth	(西暦) 年 月 日生 (yyyy/mm/dd)	
		国籍 Nationality	外国籍の場合のみ記入 (Only for Non-Japanese applicants)	

現住所 Current Address	〒	—		
	Zip code			
	住所 Address			
	E-mail			
	自宅TEL Home Phone Number	()	携帯TEL Mobile Phone Number	()

連絡先 (勤務先等) Contact Information (Workplace Contact, etc)	〒	—		
	Zip code			
	住所 Address			
	勤務先名称 Employer Name			
	TEL Phone Number	()		

最終学歴 Most recent educational background	大学 University	学部 Faculty of	(西暦)	卒業 / 卒業見込 Graduation / Expected graduation
	大学大学院 Graduate School	研究科 Major in	年 月 (yyyy/mm)	修了 / 修了見込 Completion / Expected completion

主たる指導を希望する 指導教授氏名 Name of Professor (Supervisor)	
---	--

「指導教授氏名」は、別表に示した指導教授の中から選択してください。
Please select "Name of Professor (Supervisor)" from the list of professors indicated in the Appendix.
出願に際しては、あらかじめ主たる指導を希望する指導教授に必ず照会の上出願してください。
Please contact and consult with the desired supervisor in Chiba University before applying to select an appropriate field.

医師(歯科医師) ・ 薬剤師 国家試験	第 回 医師 (歯科医師) / 薬剤師 国家試験合格 (年 月)	医(歯科医)籍登録 薬剤師名簿登録	第 号 年 月 日
---------------------------	--------------------------------------	----------------------	--------------

試験・入学等 に関する 通知場所 Notification Address for Examination and Admission	〒	—		
	Zip code			
	Address			
	TEL Phone Number	()		

教育方法の特例措置希望の有無 (37ページ参照) Request for Special Education (See page 37) 該当する口にチェックを入れること。 Check the appropriate boxes.	<input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No
--	-----------------------------------	----------------------------------

(注) 1. ※印の欄は記入しないでください。 Do not fill in the fields marked with ※.
2. 裏面も記入してください。 Please also complete the reverse side.
3. 医師 (歯科医師) ・ 薬剤師国家試験の欄は、該当者のみ記入してください。

履 歴 書

Curriculum vitae

氏 名 Name	Date of Birth 年 月 日生 (yyyy/mm/dd)	男/M ・ 女/F
高校卒業以降の事項をもれなく詳細に記入 Fill in all details after high school graduation.		
学 歴 Educational Background	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
職 歴 Work Experience	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
	年 月 日 (yyyy/mm/dd)	
賞 罰 Awards and Disciplinary Records		
<p>上記のとおり相違ありません。 I hereby certify that the above information is true and correct.</p> <p>年 月 日 (yyyy/mm/dd)</p> <p>氏 名 Signature</p>		

収納証明書貼り付け欄
Certificate of Receipt for Payment

はがれないようにしっかりとこの欄に
のり付けしてください。

Please make sure to paste the entire sheet firmly in this space.

コンビニエンスストア（デイリーヤマザキ以外）で支払った場合

If paid at a convenience store (other than Daily Yamazaki)

「入学検定料・選考料取扱明細書」の「収納証明書」部分を貼付してください。

Certificate of Receipt for payment of the exam fee must be pasted here.

金融機関ATM（ペイジー）、ネットバンキング、クレジットカード、コンビニエンスストア（デイリーヤマザキ）で支払った場合

If paid by Financial Institutions ATM (Pay-easy), Internet banking, credit card, or convenience store (Daily Yamazaki)

支払い後にE-支払いサービスの「申込内容照会」にアクセスし、印刷した「入学検定料・選考料取扱明細書」の「収納証明書」部分を切り取り、貼付してください。

After payment, access the "Application Details" page of the E-Payment Service, cut out the "Certificate of Receipt" portion of the printed "Entrance Examination Fee/Screening Fee Handling Statement" and paste it.

令和8年10月／令和9年4月入学 千葉大学大学院医学薬学府4年博士課程入学試験 受験票

Admission ticket for Examination (October 2026 / April 2027 Admission)

Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Course (4-year-program)

受験番号 Application Number	※Official use only	フリガナ Name in Katakana 氏名 Name		Sex 男/M ・ 女/F
出願種別 志望専攻 Desired (Preferred) Division 該当する□にチェック を入れること。 Check the appropriate boxes.	<input type="checkbox"/> 先端医学薬学専攻 Division of Frontier Medicine and Pharmacy <input type="checkbox"/> 先進予防医学共同専攻 (医学領域) Division of Advanced Preventive Medical Sciences (Medicine)	<input type="checkbox"/> 医学領域 (Medicine) <input type="checkbox"/> 薬学領域 (Pharmacy)	<input type="checkbox"/> 令和8(2026)年10月入学 October 2026 Admission <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第1回 April 2027 Admission / 1st Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第2回 April 2027 Admission / 2nd Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第1回 April 2027 Admission / 1st Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第2回 April 2027 Admission / 2nd Selection	写真 Photo (4cm×3cm) 写真票に貼付のものと 同じものを貼り付けて ください。 The same photo as the one attached to Photo ID Card
主たる指導を希望する 指導教授氏名 Name of Professor (Supervisor)				

- 「指導教授氏名」は、別表に示した指導教授の中から選択してください。
Please select "Name of Professor (Supervisor)" from the list of professors indicated in the Appendix.
- この受験票は、受験の際に必ず持参し、試験中は机の上に置いてください。
Be sure to bring this Admission ticket for Examination with you when you take the examination and keep it on your desk during the examination.
- 定刻15分前までに試験場へ到着するようにしてください。
Arrive at the examination room at least 15 minutes before the scheduled time.

切りはなさないこと。Do not detach.

令和8年10月／令和9年4月入学 千葉大学大学院医学薬学府4年博士課程入学試験 写真票

Photo ID Card (October 2026 / April 2027 Admission)

Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Course (4-year-program)

受験番号 Application Number	※Official use only	フリガナ Name in Katakana 氏名 Name		Sex 男/M ・ 女/F
出願種別 志望専攻 Desired (Preferred) Division 該当する□にチェック を入れること。 Check the appropriate boxes.	<input type="checkbox"/> 先端医学薬学専攻 Division of Frontier Medicine and Pharmacy <input type="checkbox"/> 先進予防医学共同専攻 (医学領域) Division of Advanced Preventive Medical Sciences (Medicine)	<input type="checkbox"/> 医学領域 (Medicine) <input type="checkbox"/> 薬学領域 (Pharmacy)	<input type="checkbox"/> 令和8(2026)年10月入学 October 2026 Admission <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第1回 April 2027 Admission / 1st Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第2回 April 2027 Admission / 2nd Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第1回 April 2027 Admission / 1st Selection <input type="checkbox"/> 令和9(2027)年4月入学第2回 April 2027 Admission / 2nd Selection	写真 Photo (4cm×3cm) 受験票に貼付のものと 同じものを貼り付けて ください。 The same photo as the one attached to Admission ticket for Examination
主たる指導を希望する 指導教授氏名 Name of Professor (Supervisor)				

- 「指導教授氏名」は、別表に示した指導教授の中から選択してください。
Please select "Name of Professor (Supervisor)" from the list of professors indicated in the Appendix.

研 究 業 績 調 査 書

List of Research Achievements

志望専攻 Division of _____

氏 名 Name _____

公表論文・研究報告等の名称 Title of published articles, patents, etc.	発行又は発表 の年月日 Date of Publication or Presentation (yyyy/mm)	公 表 雑 誌 又 は 発 表 学 会 等 の 名 称 Name of Journal or conference	備考（共著者名又は 共同発表者名） Names of Co-authors or Co-presenters
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		
	年 月 (yyyy/mm)		

注 1) 著書名・発表者名は全員公表時どおりの順で表し、自分の名前に下線を引いてください。

List all authors and presenters exactly as shown in the original publication. Underline your own name.

2) 記入欄が不足の場合は、別葉に記入してください。

If there is insufficient space, please fill in the form on a separate sheet.

誓約書

Pledge of Non-Practice in Medicine Prior to Licensing

私は大学院医学薬学府に入学が許可になりましたら、医師免許証を取得するまでは、
研究のみを行い、診療には一切関与しないことを誓います。

I declare that if admitted to the Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences, I will focus exclusively on research activities and will not engage in any clinical practice until I obtain my medical license.

氏名
(自署)
Signature

年 月 日
(yyyy/mm/dd)

上記の者が、医師免許証を取得するまでは、診療は一切行わせないことを約束します。
I affirm that the individual mentioned will not engage in any clinical practice until he or she obtains a medical license.

指導教授
Supervisor
氏名
(自署)
Signature

年 月 日
(yyyy/mm/dd)

千葉大学大学院医学薬学府長 殿
To Dean of Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Course (4-year-program)

【日本国の医師免許証をもたない者用】

For persons who do not have a medical license in Japan

誓約書

Pledge of Non-Practice in Medicine Prior to Licensing

私は大学院医学薬学府に入学が許可になりましたら、日本国の医師免許証がないため、
研究のみ行い、診療には一切関与しないことを誓います。

I declare that if admitted to the Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences, I will focus exclusively on research activities and will not engage in any clinical practice as I do not have a medical license in Japan.

氏名
(自署)
Signature

年 月 日
(yyyy/mm/dd)

上記の者は、日本国の医師免許証がないため、診療は一切行わせないことを約束します。
I affirm that the individual mentioned will not engage in any clinical practice as he or she does not have a medical license in Japan.

指導教授
Supervisor
氏名
(自署)
Signature

年 月 日
(yyyy/mm/dd)

千葉大学大学院医学薬学府長 殿

To Dean of Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Course (4-year-program)

履 歴 書 (外国人志願者用)

Curriculum Vitae

氏 名	自国語	----- Family Name First Name Middle Name	男 (M) ・ 女 (F) Sex	生年月日 Date of Birth	年 月 日	年齢 Age	在 留 格 資 格 Resident Status		
	フリガナ ローマ字	----- ----- ※Please write your name exactly as it appears on your passport.				国 籍 Nationality			
		学 校 名 ・ 所 在 地 Name and Address of School	正規の修学年数 Officially Required Number of Years of Schooling	入学及び卒業年月 Year and Month of Entrance and Completion	修業年数 Period of Schooling	専 攻 科 目 Major Subject if any	学位・資格 Diploma or Degree awarded		
初 等 教 育 Elementary Education 小 学 校 Elementary School	学校名 Name 所在地 Location	-----	年 yrs	入学 from } 卒業 to	年 yrs	/		/	
中 等 教 育 Secondary Education 中学校及び高校 Secondary School	中 学 Lower	学校名 Name ----- 所在地 Location -----	年 yrs	入学 from } 卒業 to	年 yrs	/		/	
	高 校 Upper	学校名 Name ----- 所在地 Location -----	年 yrs	入学 from } 卒業 to	年 yrs	/		/	
高 等 教 育 Higher Education 大 学 Undergraduate Level 大 学 院 Graduate Level	大学 Undergraduate	学校名 Name ----- 所在地 Location -----	年 yrs	入学 from } 卒業 to	年 yrs	/		/	
	大学院 Graduate	学校名 Name ----- 所在地 Location -----	年 yrs	入学 from } 卒業 to	年 yrs	/		/	
以上を通算した全学校教育修学年数 Total			年 yrs	TOTAL		/		/	

研 究 歴 Research Activities	研 究 機 関 名 Name of Research Institution	所 在 地 Address	研 究 期 間 Duration of Research	年 数 yrs
			~	
職 歴 Employment Record	勤 務 先 名 Name of Organization	所 在 地 Address	勤 務 期 間 Period of Employment	年 数 yrs
			~	
日本語の学習歴 Japanese Language Education	教 育 機 関 名 Name of Educational Institution	所 在 地 Address	履 修 期 間 Period of Study	年 数 yrs
			~	

記入は、日本語又はローマ字体を用いてください。(Please type or print in Japanese or English)

入試関係通知書等受取先住所シート

Notification Address Form for Examination and Admission

入試関係通知等を受け取る際の志願者の郵便番号、住所（日本国内）、氏名を記入してください。

進学者等、学内の研究室での受け取りを希望する場合は、研究領域名等を記入してください。

「※」印欄には記入しないでください。

出願後、住所を変更した際は、すみやかにお届けください。

Enter the applicant's postal code, address (within Japan), and name for receiving examination- and admission-related notifications.

If you wish to receive notifications at a laboratory or office within Chiba University, please enter the name of the research field, laboratory, or other relevant affiliation.

Do not fill in the fields marked with ※.

If your address changes after submitting your application, please notify us promptly.

〒 -

住所

Address

様

受験番号
Application Number

※

〒 -

住所

Address

様

受験番号
Application Number

※

〒 -

住所

Address

様

受験番号
Application Number

※