

千葉大学大学院医学薬学府4年博士課程
入学試験出願資格認定申請書

Request for Assessment Applicant's Qualification to Apply for Doctoral Course (4-year-program)

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)

貴大学院医学薬学府4年博士課程入学試験に出願を希望します。
ついては、出願資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請いたします。

I apply for the Doctoral Course (4-year-program) to the Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences. I am therefore submitting the prescribed documents and request your approval as a candidate to apply.

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)		

年 月 日
(yyyy/mm/dd)

指導を希望する教授氏名

Name of Professor (Supervisor) _____

フリガナ

Name in Katakana _____

男 ・ 女
Male Female

氏名

Name _____ (自署 Signature)

生年月日 _____ 年 月 日生
Date of Birth (yyyy/mm/dd)

国籍 Nationality (外国籍の場合は記入する) Only for Non - Japanese applicants	
現住所 Current Address	〒 _____ Zip code Address E-mail _____ 自宅TEL () _____ 携帯TEL () _____ Home Phone Number Mobile Phone Number
連絡先(勤務先等) Contact Information (Workplace Contact, etc.)	〒 _____ Zip code Address TEL () _____ Phone Number
年月日 (yyyy/mm/dd)	学歴 Educational Background (高校卒業から記入してください。外国人志願者は、小学校入学から記入してください。) (Non - Japanese applicants need to list from elementary school onwards.)

※裏面も記入してください。
Please also complete the reverse side.

