

Application Form for Doctoral Degree Program Division of Health Sciences Osaka University Graduate School of Medicine FY()

Fill in Persons enrolled at Osaka University at the time of application.	Student ID No.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

	Examinee's number	※
Research area to apply (Note2)	Seal of expected supervisor	
Pronunciation of Name(Japanese KATAKANA)	Gender ()	
Name	Legal domicile (Prefecture for Japanese and nationality for international students)	
Date of Birth	/ /	
For international students	<input type="checkbox"/> Japanese government scholarship student	<input type="checkbox"/> Foreign government-sponsored student
	<input type="checkbox"/> Un-sponsored international students	
※Please tick if un-sponsored international students who obtain approval from their planned supervisor would like to apply for Tuition Waiver System for Honor International Students <input type="checkbox"/>		
Application Qualification	Please indicate the relevant number in the 'Application qualifications' section of the student application form.	
	of Graduate School University	Graduate course
	Master's course in the major	
	/ /	
	/ /	From the National Institution for Academic Degrees and Quality Enhancement of Higher Education _____ of a Degree Awarded
Individual eligibility assessment certificate number		
Resume (since university)		
Educational background	/ Enrolment~ /	
	/ Enrolment~ /	
	/ Enrolment~ /	
	/ Enrolment~ /	
	/ Enrolment~ /	
Work (research) history	/ ~ /	
	/ ~ /	
	/ ~ /	
	/ ~ /	
Licenses and Certifications	/	(License Number)
	/	(License Number)
Contact	Address 〒	
	TEL ()	Mobile Phone ()
	E-mail:	

Please tick if you would like the questions and answer sheets in English.
(Only for applicants in the Area of Medical Laboratory Science and Technology)

- (Note) (1) Do not fill in the field marked with ※. (Select): please choose.
 (2) Please indicate your Research area to apply by referring to '5. Selection of Research Area' and 'Appendix: List of Research Areas of Supervisors and **Abbreviations for Application Form**' in the application guidelines.
 (3) Applicants who have been assessed as having academic qualifications equivalent to or higher than an individual who has a master's degree by an individual admission qualification assessment should enter their academic and professional background after the qualification assessment has been carried out.

※ 受験番号 Examinee's number	
-----------------------------	--

志望理由書

Statement of reasons for application

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程
Doctoral Degree Program Division of Health Sciences
Osaka University Graduate School of Medicine

(フリガナ) 氏名 NAME (Pronunciation of Name)		志望する研究領域 (略称) Research area to apply(abbreviation)	
<p>本医学系研究科保健学専攻博士後期課程を志望する動機を具体的に書いてください。 Please describe in detail your motivation for applying to the Doctoral Degree Program Division of Health Sciences Osaka University Graduate School of Medicine.</p> <p>.</p> <p>本医学系研究科保健学専攻博士後期課程でどのような研究をしたいのか、具体的に書いてください。 Please describe in detail what kind of research you would like to do in Doctoral Degree Program Division of Health Sciences Osaka University Graduate School of Medicine.</p>			

※欄は記入しないでください。Do not fill in the ※field

受験票 (年度)

Examination Voucher (FY)

受験番号 Examinee's number	※
志望する研究領域 (略称) Preferred Research area	
(フリガナ) (Pronunciation of Name) 氏名 Name	

※欄は記入しないこと / Do not fill in the ※ field

写真 (全面のり付)
Photograph (Paste Here)

1.正面上半身脱帽3カ月以内に撮影したもの
Front upper body no hats, taken within the last 3 months

2.大きさは本欄に合わせる
こと。Size must match this column.

縦5 cm × 横4 cm
5 cm (length) x 4 cm (width)

(年 月 日撮影)
(Shooting YYYY/MM/DD)

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程
Doctoral Degree Program Division of Health Sciences
Osaka University Graduate School of Medicine

切り離さないこと Do not detach

写真票 (年度)

Photograph voucher (FY)

受験番号 Examinee's number	※
志望する研究領域 (略称) Preferred Research area	
(フリガナ) (Pronunciation of Name) 氏名 Name	

※欄は記入しないこと / Do not fill in the ※ field

写真 (全面のり付)
Photograph (Paste Here)

1.正面上半身脱帽3カ月以内に撮影したもの
Front upper body no hats, taken within the last 3 months

2.大きさは本欄に合わせる
こと。Size must match this column.

縦5 cm × 横4 cm
5 cm (length) x 4 cm (width)

(年 月 日撮影)
(Shooting YYYY/MM/DD)

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程
Doctoral Degree Program Division of Health Sciences
Osaka University Graduate School of Medicine

検定料振込依頼書

必ずA4サイズの紙に印刷してください。拡大・縮小した振込依頼書では手続きができません。
 以下の振込依頼書を外側の太い枠線に沿って切り取り、金融機関窓口で手続きを行ってください。
 ※点線の「切り取り線」では切り離さないでください。
 ※日本国内の金融機関のみ利用可。Only available at financial institutions in Japan.

<p>大阪大学医学系研究科保健学専攻 博士後期課程入学試験 検定料</p> <p>検定料納付証明書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">金額</td> <td>¥30,000</td> </tr> <tr> <td>整理番号</td> <td>2222</td> </tr> <tr> <td>フリガナ ※</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名 ※</td> <td></td> </tr> </table> <p>1. 所定用紙に貼付の上送付してください。 2. ※印欄は必ず記入してください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center; font-size: 2em; margin-top: 10px;">1</div> <p>国立大学法人 大阪大学 医学部保健学科</p> <p>(ご依頼人 → 大学)</p>	金額	¥30,000	整理番号	2222	フリガナ ※		氏名 ※		<p>大阪大学医学系研究科保健学専攻 博士後期課程入学試験 検定料</p> <p>振込金(兼手数料)受領書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">年月日</td> <td>_____年 ____月 ____日</td> </tr> <tr> <td>金額</td> <td>千円 円 ¥ 3 0 0 0 0</td> </tr> <tr> <td>先方銀行</td> <td>三井住友銀行・豊中支店</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">受取人</td> <td>普通預金 7485091</td> </tr> <tr> <td>大阪大学 保健学科</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人(氏名)</td> <td>(フリガナ) _____</td> </tr> </table> <p>上記金額、正に領収しました。 【取扱店】</p> <p style="text-align: center;">銀行 _____ 支店 _____</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center; font-size: 2em; margin-top: 10px;">2</div> <p style="text-align: center;">収入印紙</p> <p>(取扱店 → ご依頼人) 大切に保存してください</p>	年月日	_____年 ____月 ____日	金額	千円 円 ¥ 3 0 0 0 0	先方銀行	三井住友銀行・豊中支店	受取人	普通預金 7485091	大阪大学 保健学科	ご依頼人(氏名)	(フリガナ) _____	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">電信扱</div> <p style="text-align: right;">大阪大学医学系研究科保健学専攻博士後期課程入学試験 検定料</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">振込依頼書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ご依頼日</td> <td>_____年 ____月 ____日</td> <td style="width: 20%;">電信扱</td> <td style="width: 30%;">手数料</td> <td>千円 円 ¥ 3 0 0 0 0</td> </tr> <tr> <td>先方銀行</td> <td>三井住友銀行・豊中支店</td> <td>金額</td> <td>千円 円 ¥ 3 0 0 0 0</td> <td rowspan="2">内訳</td> </tr> <tr> <td>受取人</td> <td>普通預金 7485091 オオサカダイカク ホケンガクカ 大阪大学 保健学科</td> <td>通貨</td> <td></td> </tr> <tr> <td>整理番号</td> <td>2222 (この数字はフリガナの前に打電のこと (フリガナ)※)</td> <td>振替</td> <td></td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 3em;">3</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>氏名 ※ _____ 住所 ※電話 _____</td> <td>領収済印 又は振替印</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>送信番号</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">※印欄は必ず記入してください。</p>	ご依頼日	_____年 ____月 ____日	電信扱	手数料	千円 円 ¥ 3 0 0 0 0	先方銀行	三井住友銀行・豊中支店	金額	千円 円 ¥ 3 0 0 0 0	内訳	受取人	普通預金 7485091 オオサカダイカク ホケンガクカ 大阪大学 保健学科	通貨		整理番号	2222 (この数字はフリガナの前に打電のこと (フリガナ)※)	振替		3	ご依頼人	氏名 ※ _____ 住所 ※電話 _____	領収済印 又は振替印				送信番号	
金額	¥30,000																																															
整理番号	2222																																															
フリガナ ※																																																
氏名 ※																																																
年月日	_____年 ____月 ____日																																															
金額	千円 円 ¥ 3 0 0 0 0																																															
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店																																															
受取人	普通預金 7485091																																															
	大阪大学 保健学科																																															
ご依頼人(氏名)	(フリガナ) _____																																															
ご依頼日	_____年 ____月 ____日	電信扱	手数料	千円 円 ¥ 3 0 0 0 0																																												
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店	金額	千円 円 ¥ 3 0 0 0 0	内訳																																												
受取人	普通預金 7485091 オオサカダイカク ホケンガクカ 大阪大学 保健学科	通貨																																														
整理番号	2222 (この数字はフリガナの前に打電のこと (フリガナ)※)	振替		3																																												
ご依頼人	氏名 ※ _____ 住所 ※電話 _____	領収済印 又は振替印																																														
		送信番号																																														

金融機関への
振込はATMでの
お願い
振込は無効です

切り取り線

手数料振込人負担

(取扱店保存)

受験番号 Examinee's Number	※
---------------------------	---

氏名 Name	
志望する研究領域 (略称) Preferred Major	

検定料納入証明書貼付用紙
Pasting Paper for Certificate of payment of examination fee

貼 付 Please paste

- (注 Note) 1. 剥がれないように、枠内全面に糊付けしてください。
Glue the entire surface of the frame to prevent it from peeling off.
2. ※欄は記入しないでください。
Do not fill in the ※ field.

発 送 票

Shipping slip

合格通知書を送付する場合の宛先として使用しますので、必要事項を記入して提出してください。

※印欄は記入しないでください。

※住所を変更した場合は、必ず教務係まで連絡してください。

Address is where applicant wishes to receive correspondence.

Notification of success procedure will be sent to this address.

- Do not fill in the field.
- This form is for sending documents related to entrance examination and Acceptance letter.
- Please fill out and submit the required information.

(If you change your address, be sure to notify the Educational Affairs Section.)

〒 住所Address (In Japan ONLY)	
氏名NAME 様	
※受験番号 Examinee's number For Official use only	

〒 住所Address (In Japan ONLY)	
氏名NAME 様	
※受験番号 Examinee's number For Official use only	

5 6 5 0 8 7 1

吹田市山田丘一番七号

大阪大学大学院医学系研究科

保健学事務室教務係 行

簡易書留

【博士後期課程入学願書在中】

出願書類チェックリスト【博士後期】 Check List of Application Documents(Doctor Course)

下記チェック欄のあてはまるものに☑を付けて、提出書類に漏れがないか確認のうえ、出願書類に同封してください。

Please check the following check boxes ☑ to make sure that there are no omissions in the submitted documents and enclose them with the application documents.

		氏名 Name		
提出書類/Application Documents		チェック/CHECK		
1	入学願書 Application form	提出 Submission <input type="checkbox"/>		
2	志望理由書 Statement of reasons for applying	提出 Submission <input type="checkbox"/>		
3	受験票・写真票（写真を貼付したもの） Examination voucher and photograph (Attach your face photo)	提出 Submission <input type="checkbox"/>		
4	成績証明書 ※志望領域によって必要書類が異なります Academic transcript ※Required documents vary depending on Preferred Research Area	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし (本学卒・見込) Submission None (those who have completed (or are expected to complete) the master's degree program of the Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine) <input type="checkbox"/>	提出なし (個別の出願資格) Submission None (Application Eligibility Screening) <input type="checkbox"/>
5	修士課程修了（見込）証明書等 Certificate of (expected) completion of master's degree program, etc.	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし (本学卒・見込) Submission Note (those who have completed (or are expected to complete) the master's degree program of the Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine) <input type="checkbox"/>	提出なし (個別の出願資格) Submission None (Application Eligibility Screening) <input type="checkbox"/>
6	学位授与証明書 Certificate of degree conferral	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし（該当なし） Submission None(Not applicable) <input type="checkbox"/>	
7	修士論文の内容の要旨 Abstract of master's thesis	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし（該当なし） Submission None(Not applicable) <input type="checkbox"/>	
8	検定料納入証明書 Certificate of payment of examination fee	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし (本学博士前期在学学生) Submission None(Those who enrolled at Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine) <input type="checkbox"/>	
9	発送票 Shipping slip	提出 Submission <input type="checkbox"/>		
10	受験票送付用封筒（所定料金分の切手を貼付したもの） Envelope for sending an examination voucher (affix a 404-yen stamp)	提出 Submission <input type="checkbox"/>		
11	住民票又は在留カードの写し（日本在住の外国人志願者のみ） Copy of resident register or residence card (Only for foreign applicants residing in Japan)	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし（該当なし） Submission None(Not applicable) <input type="checkbox"/>	
12	パスポートの写し（海外在住の外国人志願者のみ） Copy of passport (Only for foreign applicants residing abroad)	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし（該当なし） Submission None(Not applicable) <input type="checkbox"/>	
13	戸籍抄本 ※本学卒業生であっても該当する場合は提出が必要です。 Extract of family register ※Even if you are a graduate of Osaka University, you are required to submit this document if applicable.	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし（該当なし） Submission None(Not applicable) <input type="checkbox"/>	
14	審査合格確認（証明）書類（出願資格(6)で出願する者のみ） Documents proving that the applicant has passed the examination specified in (6) of the Application Eligibility	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし（該当なし） Submission None(Not applicable) <input type="checkbox"/>	
15	英語外部検定試験の結果 (統合保健看護科学分野・医療画像技術科学分野のみ) Results of English External Examinations (Only for applicants in the Area of Integrated Health and Nursing Science or the Area of Medical Imaging Technology and Science)	提出 Submission <input type="checkbox"/>	提出なし (試験当日に提出) Submission None (Submission on the day of the examination) <input type="checkbox"/>	提出なし (該当なし) Submission None (Not applicable) <input type="checkbox"/>
16	提出書類チェックリスト（本紙） Check List of Application Documents (This document)	提出 Submission <input type="checkbox"/>		