

【 学部・大学院 】 研究生

研 究 生 入 学 願 書

大阪大学医学部長 殿
大阪大学大学院医学系研究科長 殿

2021年度 本学【 医学部保健学科 ・ 大学院医学系研究科保健学専攻 】 研究生
として、____年 ____月 1日から____年 3月31日まで、以下の研究題目について研
究したいので、所定の書類を添えて出願します。

写真貼付欄 縦4cm×横3cm

フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日 (性 別)	年 月 日生 (男 ・ 女)
国 籍 ※外国籍の方のみ	

学科・専攻名等	学科・専攻	講座
研 究 題 目		

指導教員	印
------	---

【 】内の学部または大学院を○で選択してください。

※受験番号	
※学籍番号	

※印の欄は記入しないでください。

検 定 料 納 入 証 明 書 貼 付 箇 所

【 学部・大学院 】 研究生

年 月 日入学
(氏名 :)

現 住 所	〒 _____ Tel _____		
連 絡 先	電話番号 (携帯等) E-mail _____		
勤 務 先	名 称	_____	
	住 所	〒 _____	
学 歴 ・ 職 歴 ・ 研 究 歴			
期 間		学 校 名 ・ 機 関 名	
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月
年	月～	年	月

注) ・ 大学入学から記入してください。

・ 学校名・機関名欄は、学部・学科・部署等を出来るだけ詳細に記入してください。

検定料振込依頼書

必ずA4横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。
※振込み前に点線の「切り取り線」では切り離さないでください。

大阪大学医学部保健学科
検定料納付証明書
(学生区分: 研究生)

金 額	¥ 9, 800
整理番号	6060
フリガナ	※
氏名	※

1. ※印欄は必ず記入してください。

国立大学法人
大阪大学
医学部保健学科

1

(ご依頼人 → 大学)

大阪大学医学部保健学科 研究生 検定料
振込金 (兼手数料) 受領書

年 月 日	手数料				
金 額			千		円
		¥	9	8	0 0
先方銀行	三菱UFJ銀行・茨木支店				
受 取 人	普通預金	1296638			
	大阪大学 保健学科				
ご依頼人 (氏名)	(フリガナ)				

上記金額、正に領収しました。
【取扱店】

銀行
支店

2

収入印紙

(取扱店 → ご依頼人) 大切に保存してください

金融機関へのお願い
振込はATMでも効です

切取り線

切取り線

電信扱

大阪大学医学部保健学科 研究生 検定料

振 込 依 頼 書

ご依頼日	年 月 日	電 信 扱	手 数 料				
先方銀行	三菱UFJ銀行・茨木支店			金 額			千 円
受 取 人	普通預金	1296638		通 貨			¥ 9 8 0 0
	オオサカダイカク ホケンガク 大阪大学 保健学科			内 訳			
整 理 番 号	←この数字はフリガナの前に打電のこと (フリガナ)※						
ご依頼人	氏 名	※					
	住 所	※電話 ()					
送信番号				領 又 収 振 印 替 印			

※印欄は必ず記入してください。

手数料振込人負担

3

(取扱店保存)