

年度大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程入学願書

出願時に大阪大学に在籍している者は記入して下さい

学籍番号

受験番号

※

志望する研究領域(注2)		指導予定教員の印	
フリガナ			性別
氏名			本籍(都道府県のみ、外国人は国籍)
生年月日	西暦	年 月 日	
外国人留学生記入欄		<input type="checkbox"/> 国費留学生 <input type="checkbox"/> 外国人政府派遣留学生 <input type="checkbox"/> 私費留学生	
		※私費留学生のうち、優秀な私費外国人留学生に対する授業料免除制度の利用を希望する者は、指導予定教員の了承を得て、チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/>	
出願資格	学生募集要項の「出願資格」のうち、該当する番号を記入してください。		
	大学大学院	研究科	専攻修士課程
	西暦	年 月 日	
	西暦	年 月 日	大学改革支援・学位授与機構より _____ の学位授与
	個別の入学資格審査認定番号		
履 歴 事 項 (大学以降)			
学歴	年 月 入学～	年 月	
	年 月 入学～	年 月	
	年 月 入学～	年 月	
	年 月 入学～	年 月	
	年 月 入学～	年 月	
	年 月 入学～	年 月	
職歴 (研究歴)	年 月 ～	年 月	
	年 月 ～	年 月	
	年 月 ～	年 月	
	年 月 ～	年 月	
免許・資格等	年 月		(免許番号 _____)
	年 月		(免許番号 _____)
連絡先	住所 〒 _____		
	TEL ( _____ )	—	携帯電話 ( _____ ) —
	E-mail: _____		

英語による問題用紙及び解答用紙を希望する者はチェックを入れてください。(医療検査技術科学分野の志願者のみ)

(注) (1) ※欄は記入しないでください。(選択)は選んでください。

(2) 志望する研究領域は、学生募集要項の「5. 志望研究領域の選定」および「別表：指導教員の研究領域・願書記載時略称一覧」を参照のうえ、**略称を記載**してください。

(3) 個別の入学資格審査により修士の学位を有する者と同等以上の学力があると認定された者は、学歴及び職歴欄は、資格審査認定後のものを記入してください。

※ 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.

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

検定料納付証明書

金額	¥30,000
整理番号	2222
フリガナ	※
氏名	※

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。

国立大学法人  
**大阪大学**  
 医学部保健学科

1

(ご依頼人 → 大学)

大阪大学医学系研究科保健学専攻  
 博士後期課程入学試験 検定料

振込金(兼手数料)受領書

年月日	手数料				
金額		千	円		
	¥	3	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)				

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

電信扱

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

振込依頼書

科目	検定料収入
----	-------

ご依頼日	年月日	電信扱	手数料				
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店		金額		千	円	
受取人	普通預金	7485091	通貨	¥	3	0	0
	オオサカダイガク ホケンガクカ 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)※		振替				
ご依頼人	氏名	※	領 又 は 振 印 替 印	3			
	住所	※電話					
			送信番号				

※印欄は必ず記入してください。

お願い  
 金融機関への  
 振込はATMで  
 無効です

振込は無効です

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"/>		