

年 月 日
year month day

受入れ志願書

application form for acceptance

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿
Director of Graduate School of Medical and Dental Sciences
Kagoshima University

現住所
Current address

申請者署名
Applicant's signature

私は、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科へ研究生として、下記のとおり研究に従事したいので、必要書類を添えて出願します。

I would like to engage in research as a research student at the Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima University, as described below, and I am applying with the necessary documents.

記
Details

1. 研究を希望する研究分野
1. Intended research field
2. 受入予定指導教員氏名
2. Intended supervisor
3. 研究題目
3. Research subject
4. 研究期間 自 年 月 日
至 年 月 日
4. Period of research: From year/month/date
To year/month/date
5. 取得学位
5. Acquired degree

※出願にあたって提供された個人情報は、入学までの一連の業務、入学後の学籍・修学・その他学生支援に必要な業務を行うためにのみ利用します。

- The personal information provided at the time of application will be used only to perform a series of tasks up to the time of acceptance, as well as tasks necessary for student registration, enrollment, and other student support after acceptance.

Educational background (学歴)

| | Name and Address of School (学校名及び所在地) | Year and Month of Entrance and Completion (入学及び卒業年月) | Amount of time spent at the school attended (修学年数) | Diploma or Degree awarded, Major subject (学位・資格, 専攻科目) |
|---|--|---|---|---|
| Elementary Education (初等教育) Elementary School (小学校) | Name (学校名) Location (所在地) | From (入学) To (卒業) | years (年) and months (月) | |
| Secondary Education (中等教育) Lower Secondary School (中学) | Name (学校名) Location (所在地) | From (入学) To (卒業) | years (年) and months (月) | |
| Upper Secondary School (高校) | Name (学校名) Location (所在地) | From (入学) To (卒業) | years (年) and months (月) | |
| Higher Education (高等教育) Undergraduate Level (大学) | Name (学校名) Location (所在地) | From (入学) To (卒業) | years (年) and months (月) | |
| Graduate Level (大学院) | Name (学校名) Location (所在地) | From (入学) To (卒業) | years (年) and months (月) | |
| Total years of schooling mentioned above (以上を通算した全学校教育修学年数) | | | years (年) | |

Employment Record (職歴)

| Name and address of organization (勤務先及び所在地) | Period of employment (勤務期間) | Position (役職名) | Type of work (職務内容) |
|--|--------------------------------|-------------------|------------------------|
| | From To | | |
| | From To | | |

I hereby certify that the above information is true and accurate. (上記のとおり相違ありません)

Date of application:
(申請年月日)

Applicant's signature:
(申請者署名)

年 月 日

year month day

誓 約 書

Pledge

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

Dean of Graduate School of Medical and Dental Sciences
Kagoshima University

現住所

Current address

申請者署名

Applicant's signature

私は、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科研究生として受入れを許可された上は、関係法令及び鹿児島大学諸規則を守り、研究に専念することを誓約します。

I hereby pledge that if I am accepted as a research student at the Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima University I will obey all relevant laws and regulations and the rules and regulations of Kagoshima University and devote myself to my research.

別記様式第4号（第4条関係）

令和 年 月 日

推 薦 書

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

受入予定指導教員

職 名

氏 名

印

下記の者を、大学院医歯学総合研究科研究生（部内・部外）として推薦します。

記

氏 名

別記様式第5号（第4条関係）

令和 年 月 日

承 諾 書

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

勤 務 先

職・氏 名

印

当勤務先の下記の者が、貴大学院医歯学総合研究科研究生（部内・部外）として
研究に従事することを承諾します。

記

氏 名

研 究 生 カ ー ド

| | | | |
|------------------|--|------------------|----------------|
| 種 別 (番号に○を付す) | 1. 学部研究生 (医学科) 2. 学部研究生 (保健学科) 3. 大学院研究生 | 1. 部 外 2. 部 内 | |
| ふりがな 氏 名 | | 男 女 | 生年月日 年 月 日生 |
| 旧 氏 名 | (改姓年月日 年 月 日) | | |
| 現 住 所 | 〒 | TEL | |
| 勤 務 先 | 〒 | TEL | |
| 出身大学 | 大 学 | 学 部 | 年 卒 業 |
| | 大学大学院 | 研究科 | 専 攻 |
| | | | 年 修 了 |
| 学位項目 | 学位取得年月日 | | 年 月 日 |
| | 大 学 医 (研・論) | | 号 |
| 研究領域等 | 講 座 | 指 導 教 員 | |
| 研 究 題 目 | に関する研究 | | |
| 事 項 | 研 究 期 間 | | 番 号 |
| | . . . ~ . . . | | |
| 記 事 | | | |