

年 月 日

志願書

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

現住所

ふりがな

氏名

印

私は、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科研究生として下記により研究に従事したいので、必要書類を添えて志願します。

記

1. 課程 修士課程・博士課程

2. 研究を希望する研究分野

3. 受入予定指導教員氏名

4. 研究題目

5. 研究期間 自 年 月 1日
至 年 3月 31日

6. 研究生の種別 部内・部外

7. 学位取得の有無 有・無

8. 診療従事許可申請の有無 有・無

※出願にあたって提供された個人情報は、受入れまでの一連の業務、受入れ後の学籍・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。

履歴書

ふりがな 氏名				印	男 女	旧氏名
生年月日 (西暦)	年月日 (生才)			(改姓年月日) 年月日		
現住所	〒					TEL
勤務先 住所	〒					TEL
学歴						
年月			大学		学部	入学
年月			大学		学部	卒業
年月			大学大学院		研究科	退学 修了
免許・資格						
年	月	日	事項			
			医師免許取得 医籍登録番号第 号			
	期間			事項		
研究歴	年月～年月					
	年月～年月					
	年月～年月					
	年月～年月					
歴	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					

※研究歴において、過去に研究生に在籍していれば記入すること。

別記様式第3号（第4条関係）

年 月 日

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

現住所

氏名

印

誓 約 書

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。

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

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 力 一 ド

種 別 (番号に○を付す)	1. 研究生(修士課程) 2. 研究生(博士課程)		1. 部外 2. 部内
ふりがな		1. 男	生年月日
氏名		2. 女	年 月 日生
旧氏名	(改姓年月日 年 月 日)		
現住所・電話番号	〒 TEL		
勤務先名称			
住所・電話番号	〒 TEL		
出身大学	大学 学部 年 月 (卒業・卒業見込)		
出身大学院	大学大学院 研究科 専攻 年 月 (修了・修了見込)		
取得済み学位	学位取得年月日 年 月 日 大学 医／歯(総研／総論) 号		
受入れ分野	講座 分野	指導教員	
研究題目	に関する研究		
研究期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
特記事項			