

年 月 日  
year month day

## 受入れ志願書

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

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. 取得済みの学位

※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 (学校名および所在地)	Year and Month of Entrance and Completion (入学および卒業年月)	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)				
Total years of schooling mentioned above (通算修学年数)			Years (年)	

### Employment Record (職歴)

Name and address of organization (勤務先および所在地)	Period of employment (勤務期間)	Position (役職名)	Type of work (職務内容)
	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.

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

## Research Student Card

<p>Classification (Circle the number) 種別(番号に○を付す)</p>	<p>1. Research Student (Master's Program) 2. Research Student (Doctoral Program)</p>		<p>1.outside the department 2.within the department</p>
<p>NAME 氏名</p>		<p>1. Male 2. Female</p>	<p>Date of Birth .</p>
<p>maiden name 旧氏名</p>	<p>(Date of surname change )</p>		
<p>Address Phone number 住所・電話番号</p>	<p>〒 TEL</p>		
<p>Name of Company / Organization Address Phone number 勤務先・住所・電話番号</p>	<p>〒 TEL</p>		
<p>University (alma mater) 出身大学</p>	<p>University name : Undergraduate Title : Year and month of graduation :</p>		
<p>Degrees earned 取得済み学位</p>	<p>Date of Degree : University name : Degree Number :</p>		
<p>Accepted Fields 受入れ分野</p>		<p>Supervisor 指導教員</p>	
<p>Subject for study 研究題目</p>			
<p>Research Period 研究期間</p>	<p>• • ~ • •</p>		
<p>Special Remarks 特記事項</p>			