

## 2022年10月入学

千葉大学大学院 医学薬学府 4年博士課程（医学領域）先端医学薬学国際プログラム  
 Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences Doctoral Program(4-Year Program)(Medical Field)  
 International Frontier Medical and Pharmaceutical Program

October Admission 2022

### 〔入学願書・進学願書〕 Application Form

千葉大学長殿 貴大学医学薬学府 4年博士課程（医学領域）に入学したいので所定の書類を添えて お願いいたします。 I submit application forms to enter Doctoral Program for the Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences, Chiba University.		受験番号 Application Number	※
Date of application      _____ 年      _____ 月      _____ 日 year      month      date		国籍 Nationality	
ふりがな 氏名      _____ 男      _____ 女 Name      Last      First      Middle      Male      Female		入学後の指導 (予定)教員名 Desired Supervisor	
Date of Birth      _____ 年      _____ 月      _____ 日生 year      month      date			

現住所 Current Address	〒	
	自宅TEL Home Phone Number	携帯TEL Mobile Phone Number
	E-mail	
その他の連絡先 Other Contact in Japan	〒	
	自宅TEL Home Phone Number	携帯TEL Mobile Phone Number
	E-mail	

※Official use only

#### 写真貼付

写真は上半身脱帽  
正面向きで3か月  
以内に撮影したもの  
(6×4 cm)

Affix photo taken  
within 3 months  
upper frontal view of  
applicant  
without a hat

# 受験票 I

## Admission Ticket for Examination

2022年10月入学千葉大学大学院  
 医学薬学府 4年博士課程（医学領域）  
 先端医学薬学国際プログラム

October admission 2022  
 Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences  
 Doctoral Program(4-Year Program)(Medical Field)  
 International Frontier Medical and Pharmaceutical Program

受験番号 Application Number	※
ふりがな 氏名 Name	
	Last      First      Middle
入学後の指導 (予定)教員名 Desired Supervisor	

#### 写真貼付

写真は上半身脱帽  
正面向きで3か月  
以内に撮影したもの  
(6×4 cm)

Affix photo taken  
within 3 months  
upper frontal view of  
applicant  
without a hat

# Curriculum Vitae

## 履歴書

\*\*Every applicant must check one below.

II

氏名 Full Name	母語 in your native language	Last	First	Middle	男/女 M/F Gender	生年月日 Date of Birth	年齢 Age	国籍 Nationality	在留資格 Resident Status	現況 Current Status**
	ローマ字 in Roman alphabet	Last	First	Middle						<input type="checkbox"/> Student 学生 <input type="checkbox"/> Employed 有職者 <input type="checkbox"/> Others 他
学校名/所在地 Name and Location (City, Country) of School					正規の修学年数 Officially Required Years for Completion	入学及び卒業年月 Year and Month of Entrance and Completion		修業年数 Actually Attended Years for Completion	専攻 Major	学位・資格 Degree or Qualification Obtained
初等教育 Elementary Education 小学校 Elementary School	学校名 Name 所在地 Location				年 Years	入学 From 卒業 To				
中等教育 Secondary Education 中学及び 高校 Secondary Schools	中学 Middle School	学校名 Name 所在地 Location				年 Years	入学 From 卒業 To			
	高校 High School	学校名 Name 所在地 Location				年 Years	入学 From 卒業 To			
高等学校 Higher Education 大学 Undergraduate Level 大学院 Graduate Level	大学 Name Location	学校名 Name 所在地 Location				年 Years	入学 From 卒業 To			
	大学院 Name Location	学校名 Name 所在地 Location				年 Years	入学 From 卒業 To			
以上を通算した全学校教育修学年数 Total years of schooling mentioned above					年 Years			年 Years		

研究歴 Research History	研究機関名 Name of Research Institution	所在地 Location	研究期間 Period of Research From	To	年 Years
職歴 Employment History	勤務先名 Name of Employer	所在地 Location	勤務期間 Period of Employment From	To	年 Years
日本語の学習歴 Japanese Language Education History	教育機関名 Name of Educational Institution	所在地 Location	履修期間 Period of Study From	To	年 Years

記入は、日本語又はローマ字体を用いること。Please type or print in Roman alphabet.

**Abstract of your Master's Thesis**  
学位 (修士) 論文要旨

名前 Full name:		
Last	First	Middle
論文題目 Title of Thesis		
概要 Abstract		

Doctoral Program for Graduate School of Medical and  
Pharmaceutical Sciences  
Chiba University  
International Frontier Medical and Pharmaceutical Program  
千葉大学大学院医学薬学府 4年博士課程 (医学領域)  
先端医学薬学国際プログラム

IV

**Research Activity Report**  
**研究経過報告書**

名前 Full name:		
Last	First	Middle
研究テーマ A research theme		
概要 Abstract		

\*This report should be submitted only by applicants who have not completed a Master's degree.

この報告書は修士の学位を持たない志願者のみ提出してください。



Doctoral Program for Graduate School of Medical and  
Pharmaceutical Sciences  
Chiba University  
International Frontier Medical and Pharmaceutical Program  
千葉大学大学院医学薬学府 4年博士課程 (医学領域)  
先端医学薬学国際プログラム

VI

Research Proposal  
研究計画書

名前 Full name:		
Last	First	Middle
博士論文題目 (仮タイトルでよい) Title of Doctoral dissertation (A tentative title is acceptable.)		
概要 Abstract		

# Letter of Recommendation 推薦書



入学志願者名 Name of applicant:

千葉大学大学院医学薬学府に上記の入学志願者を後述の内容により推薦します。

I would like to recommend the abovementioned applicant for admission to the Chiba University Graduate School of Medical and Pharmaceutical Sciences for the reasons mentioned below.

日付 Date:           年 year           月 month           日 date

推薦者 Recommender 職名 Position:

所属 Facility:

氏名 Name:

Signature

- (1) 入学志願者の研究経過，研究計画に対する所見及び能力，性格等について記入してください。
- (2) この推薦書の記入者（推薦者）は，原則として本人を指導した教員とする。ただし，有職者の場合にあっては，本人を熟知し職場において指導立場にある者であってもよい。
- (1) Please describe the research abilities and character of the applicant, and besides your evaluation of the research experience of the applicant and his or her research planning ability.
- (2) This recommendation should be written by the applicant's supervisor or an employer with detailed knowledge of the applicant's research experience.