

2026年10月入学・進学 及び 2027年4月入学・進学
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医歯薬学専攻(博士課程) 志願票

Application for Doctoral Course, Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama University
October, 2026 and April, 2027 Enrollment

		受験番号 Examinee's number		※	
入試区分 Type of Selection	☐ 一般入試 General ☐ 進学者選考 Advance to graduate school (該当の選抜区分の□に✓を記入してください。Choose one of the above.) ☐ 外国人留学生特別入試 International Students				
入学・進学時期 Enrollment	☐ 2027年4月入学 April 2027 Enrollment ☐ 2026年10月入学 October 2026 Enrollment (どちらかの□に✓を記入してください。Choose one of the above.)				
フリガナ Name in Katakana					
氏名 Name in Kanji *if applicable					
Name in Roman Block Letter *外国人留学生のみ	(Fill in your full name as it appears on your passport)				
本籍地 Nationality	都・道・府・県 (外国人は国籍を記入) (Non-Japanese applicants should fill in your nationality)		性別 Sex	男 ・ 女 Male Female (Circle the appropriate answer.)	
生年月日 Date of Birth	(西暦) 年 月 日 A.D. Year Month Day		年齢 Age	満 歳 years old (入学予定日時点の満年齢) (Fill in your age as of the scheduled enrollment date)	
志望する指導教授 及び 教育研究分野名 Preferred Department and Academic Supervisor	指導教授名 Academic Supervisor		教育研究分野名 Department		
上記の教育研究分野の教授に受験の内諾を得ていますか？ Have you got a permission to take the exam from prospective supervisor of the above-mentioned Dept.?			☐ 受験の内諾を得ている。 Yes, I have. ☐ 受験の内諾を得ていない。 No, I have not.		
志望理由 Desired Reason					
希望する 学位プログラム等 Desired Degree Program	医学 Medicine	☐ 医学学位プログラム Doctoral Degree Program in Medicine ☐ 包括がん研究者・研究医養成プログラム がん研究者コース Comprehensive Cancer Research Training Program / Research Specialist Course ☐ 包括がん研究者・研究医養成プログラム がん研究医コース(がんプロコース) ☐ グローカル医療人養成プログラム Comprehensive Cancer Research Training Program / Physician-Scientist Course Glocal Medical Professional Training Program ☐ メディカルデータサイエンスイノベーター(MDS)養成プログラム ビッグデータ解析コース Medical Data Science Innovator Training Program / Big Data Analytics Course ☐ メディカルデータサイエンスイノベーター(MDS)養成プログラム 医療AI応用コース ☐ 未定 Medical Data Science Innovator Training Program / Medical AI Application Course Undecided			
		歯学 Dentistry	☐ 歯学学位プログラム Doctoral Degree Program in Dentistry ☐ ボーダーレス歯学研究医養成プログラム ☐ 未定 Borderless Dental Research Training Program Undecided		
		薬学 Pharmaceutical Sciences	☐ 薬学学位プログラム Doctoral Degree Program in Pharmaceutical Sciences		
		(学生募集要項を参照し、志望する教育研究分野の教授と相談の上、希望する学位プログラム等の□に✓を記入してください。) (Consult with your preferred supervisor and choose one from the program listed the above you wish to take.)			
	学歴 Educational Background	(西暦) 年 月 日 Year Month Day		設置形態: ☐ 国立 ☐ 公立 ☐ 私立 National Public Private	
大学 University (Undergraduate Level)		学部 Faculty	学科 Department	☐ 卒業 Graduated ☐ 卒業見込 Expected graduation	
	(西暦) 年 月 日 Year Month Day		設置形態: ☐ 国立 ☐ 公立 ☐ 私立 National Public Private		
	大学大学院 University (Graduate Level)		研究科 Graduate School	専攻 Division	☐ 修了 Graduated ☐ 修了見込 Expected graduation
現在の勤務先 Present Employment	(出願時に勤務している方は必ず記入してください。 Be sure to fill in this field if employed at the time of application.)				
卒後臨床研修(予定)病院名 大学院入学時に卒後臨床研修中の者のみ記入 *Japanese student only		☐ 岡山大学病院 ☐ 岡山市立市民病院 ☐ その他 () ☐ 未定			
現住所 Present Address	〒 -		TEL 自宅 ()	—	
			Phone No.		
			TEL 携帯 ()	—	
			Cell Phone No.		
Eメールアドレス E-mail	(「0 (ゼロ)」「o (オー)」,「1 (イチ)」「l (エル)」,「- (ハイフン)」 「_ (アンダーバー)」 など間違いやすい文字や記号はフリガナをつけてください。 Please add notes to characters and symbols that are easily mistaken, such as "0 (zero)", "o (o)", "-(hyphen)", and "_ (underscore)".)				

注意事項 Note :
1. 「※」の欄は記入しないでください。 Do not fill in the above "※" field.
2. 「希望する学位プログラム等」は、入学手続き時に、最終的な届け出を提出いただきます。
3. 裏面の履歴事項を記入してください。 Be sure to fill out the back side.

岡山大学出身者の場合、在籍当時の学生番号を記入してください。

