（様式１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受験番号 | ＊ |

＊欄は記入しないこと

退職誓約書

鳥取大学大学院医学系研究科長　殿

　私は現在、在職中ですが鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程（一般入試）を　受験することを希望します。

　また、合格した際には、退職して入学することを誓約いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式２）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受験番号 | ＊ |

＊欄は記入しないこと。

受　験　承　認　書

平成　　　年　　　月　　　日

　　鳥取大学大学院医学系研究科長　　殿

所属機関名

公 印

所属長名

　下記の者が、鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程を受験することを承認します。

　なお、同人が貴研究科に入学する場合は、在職のまま就学することを承認します。

記

　　　　　　　所属部署

　　　　　　　職　　名

　　　　　　　氏　　名

※所属長（学長、学部長、病院長、代表取締役　等）の公印によるものを提出してください。

※入学後、職場が変更する者については、「なお、」以下を二重線で消してください。

（様式３）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受験番号 | ＊ |

＊欄は記入しないでください。

志望理由書

鳥取大学大学院医学系研究科長　殿

氏　　名

志　望　理　由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（様式Ａ）

**平成　　年　　月入学**

**鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻**

**博士課程入学試験出願資格認定申請書**

鳥取大学大学院医学系研究科長　殿

申　請　者

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日

志望部門

　下記の書類を添付のうえ、標記出願資格の認定を申請します。

記

※認定を希望する入試・出願資格の□にチェックを付けてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定を希望する入試・出願資格 | □一般入試  □社会人特別入試 | □出願資格６(3)，(4)　　□出願資格９  □出願資格７  □出願資格８(1)，(2)，(3) |

※出願資格により指定された提出書類の□にチェックを付けてください。

□ 卒業証明書又は修了証明書

□ 履歴書

□ 研究業績目録

□ 研究・職務経験概要

□ 研究・職務内容証明書

□ 推薦書

□ 成績証明書

□ 在学証明書又は在学期間証明書

□ 在学する（した）学部・学科等の履修概要等

□ 研究計画書

□ 返信用封筒

（様式Ｂ）

**履　歴　書　（出願資格認定申請用）**

鳥取大学大学院医学系研究科

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日生 | 性別 | 男・女 |
| 現  住  所 | 〒 －  TEL(携帯)  E-mail | | | |
| 専　攻  課　程 | 医 学 専 攻  博 士 課 程 | |
| 志　望  部　門 |  | |
| 学 歴 ※高等学校（同等の教育機関を含む。）卒業以上について記入してください。 | | | | | | | |
| 年 月 | | 高等学校卒業 | | | | | |
| 年　月～　年　月 | |  | | | | | |
| 年　月～　年　月 | |  | | | | | |
| 年　月～　年　月 | |  | | | | | |
| 年　月～　年　月 | |  | | | | | |
| 職　　　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 | |  | | | | | |
| 資　格　・　免　許　等 | | | | | | | |
| 年 月 | |  | | | | | |
| 年 月 | |  | | | | | |

※欄が不足する場合は、別紙を添付してください。

（様式Ｃ）

研究業績目録

鳥取大学大学院医学系研究科

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 志望部門 |  |
| 学術論文、研究発表・報告、学会発表、特許、携わったプロジェクト案件・業務内容　等  現在から順に発表年次を過去にさかのぼり、通し番号を付して記入してください。なお、学術誌へ投稿中の論文を記入する場合は、掲載が決定しているものに限ります。  （例えば学術論文の場合、論文名、著者名、掲載誌名、巻、最初と最後の頁、発表年（西暦）について記入し、研究発表の場合は、発表題目、発表者名、発表学会名、発表年月を記入してください。なお、資格認定申請者名には二重下線を付してください。）  （以上の各項目が記載されていれば、項目の順序を入れ替えても可。著者名（発表者名）が多数にわたる場合は、主な著者（発表者）を数名記入し以下を省略しても可（省略する場合、その員数と、掲載されている順番を○番目と記入）。） | | | |
|  | | | |

(注)１．学術論文等は、別刷り又は写しを添付してください。なお、パソコンを使用する場合は、本様式に印刷又は本様式(A4版)にならい作成してください。

２．研究業績のない場合は、「なし」と記入してください。

３. 記入欄が不足する場合は、適宜、別紙(A4版)等により作成し、追加してください。

（様式Ｄ）

研究・職務経験概要

鳥取大学大学院医学系研究科

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 志望部門 |  |
| 研  究  歴  ・  職  歴 | 勤務期間 | 研究・勤務先 | 主な研究又は職務の内容 | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| 研究計画に関連する過去の研究・職務内容 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

（注）１．研究経験等のない場合は、「なし」と記入してください。

（様式Ｅ）

研究・職務内容証明書

氏　　名

生年月日　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日生

上記の者が、下記のとおり研究又は職務に従事したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究又は職務に従事し  た機関、部局及び身分 |  |
| 研究又は職務に  従事した期間 | 年 月～ 年 月( 年 か月) |
| 研究又は職務の内容 |  |

平成 年 月 日

　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　機 関 名

　　　　　　　　　　　　　　機関の長 印

（様式Ｆ）

推　　薦　　書

鳥取大学大学院医学系研究科長　殿

鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程平成　　年　　月入学志願者

　　　　　　　　　　　を下記のとおり推薦します。

平成　　　年　　　月　　　日

推薦者

機関名

所属長　　　　　　　　　　　　　　印

推　薦　理　由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（様式Ｇ）

研究計画書

氏　　名

志望部門

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テーマ |  |
| 研究計画 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |