#### （様式３）

(Form 3)

＊

受験番号

Examinee Number

# 退職誓約書

### Pledge of Retirement

#### ＊欄は記入しないこと

Do not fill out the \* column.

#### 鳥取大学大学院医学系研究科長 殿

To the Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

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。

I hereby declare that I am currently employed and wish to take the entrance examination for the Major in Medicine Doctoral Course (General Admissions), Graduate School of Medical Sciences, Tottori University.

Upon acceptance, I pledge to resign my position and enroll in the program.

年 月 日

Date: YYYY / MM / DD

#### 氏 名

Name

#### （様式４）

(Form 4)

＊

受験番号

Examinee Number

## 受 験 承 認 書

Letter of Approval for Entrance Exam

#### ＊欄は記入しないこと。

Do not fill out the \* column.

#### 年 月 日

Year Month Day

#### 鳥取大学大学院医学系研究科長 殿

To the Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

#### 所属機関名

Name of the Organization

#### 所属 長 名

Name of the Head of the Department You Belong To

公印

Official Seal

#### 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。

I hereby approve the application of the following individual to the Major in Medicine Doctoral Course, Graduate School of Medical Sciences, Tottori University.

Furthermore, if he/she is admitted to the said Graduate School, I hereby approve his/her enrollment in the program while he/she is still employed.

#### 記

Details

#### 所属部署

Department

#### 職 名

Title

#### 氏 名

Name

#### ※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。

* Please submit the application with the official seal of the head of the department (president, dean, director of a hospital, representative director, etc.).
* If the applicant’s place of employment changes after enrollment, please cross out the words following “Furthermore,”with a double line.

#### （様式５）

(Form 5)

＊

受験番号

Examinee Number

#### ＊欄は記入しないでください。

Do not fill out the \* column.

# 志望理由書

### Statement of Reason for Application

#### 鳥取大学大学院医学系研究科長 殿

To the Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

#### 氏 名

Name

#### 志 望 理 由

Reason for Application

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

#### （様式Ａ）

(Form A)

令和

鳥取大学大学院医学系研究科

月入学

年

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

To the Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 |  | | | | | |
| 氏 名  Applicant Name |
| 生年月日  Date of Birth: | YYYY | 年  / | MM | 月 | / | 日  DD |
| 志望部門 |  |  |  |  |  |  |
| Applied Division |  |  |  |  |  |  |

#### 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。

I hereby apply for the above-mentioned recognition of eligibility attaching the following documents.

#### 記

Details

#### ※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。

* + Please tick □ for the entrance examination/eligibility for the application for which you wish to be certified.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定を希望する入試・出願資格  Entrance examination/eli- gibility for application you wish to be certified | * 一 般   General   * 社会人   Working adult   * 外国人留学生   International student | □出願資格６(3)-ウ，(4)  Eligibility for Application 6 (3) c, (4)  □出願資格７  Eligibility for Application 7  □出願資格８(1)，(2)，(3)  Eligibility for Application 8 (1), (2), (3)  □出願資格９  Eligibility for Application 9 |

#### ※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。

* + Please tick the □ for the documents to be submitted as specified in the Eligibility for Application.

#### 卒業証明書又は修了証明書

Certificate of graduation or certificate of completion

#### 履 歴 書

Resume

#### 研究業績目録

List of Research Achievements

#### 研究・職務経験概要

Summary of Research and Work Experience

#### 研究・職務内容証明書

Certificate of Research and Employment Description

#### 推 薦 書

Recommendation Letter

#### 成績証明書

Academic transcript

#### 在学期間証明書

Certificate of enrollment period

#### 在学する（した）学部・学科等の履修概要等

Summary of courses taken in the department or faculty you are (or have been) enrolled in

#### 研究計画書

Research Plan Form

#### 返信用封筒

Return envelope

#### （様式Ｂ）

（出願資格認定申請用）

(Form B)

書

歴

Resume

履

(For Recognition of Eligibility for Application)

鳥取大学大学院医学系研究科

Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

Address

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  Furigana  氏 名  Name | |  | | | | 生年月日  Date of Birth | | 年 月 日生  YYYY / MM / DD | 性別  Sex | 男・女  Male/Female |
| 現 住 所 | 〒 －  Postal code | | | |
| 専 攻  課 程  Major Course | | 医 学 専 攻博 士 課 程  Major in Medicine  Doctoral Course | | | |
| 志 望  部 門  Applied Division | |  | | | | TEL(携帯)  Tel.(mobile phone)  E-mail | | | |
| 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。  Educational Background \* Please fill in your educational background since high school graduation (including equivalent educational institutions). | | | | | | | | | | |
| 年 月  Year Month | | | | | 高等学校卒業  Graduated from High school | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 職 歴  Work Experience | | | | | | | | | | |
| 年 月～ 年 月  Year Month Year Month | | | | |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 年  Year | 月～  Month | | 年  Year | 月  Month |  | | | | | |
| 資 格 ・ 免 許 等  Certifications, Licenses, etc. | | | | | | | | | | |
|  | 年  Year | | 月  Month |  |  | | | | | |
|  | 年  Year | | 月  Month |  |  | | | | | |

#### ※欄が不足する場合は，別紙を添付してください。

\* If there is not enough space, please attach a separate sheet of paper.

## 研 究 業 績 目 録

List of Research Achievements

#### （様式Ｃ）

(Form C)

##### 鳥取大学大学院医学系研究科

Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名  Name |  | 志望部門  Applied Division |  |
| 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  Academic papers, research presentations/reports, conference presentations, patents, projects/projects in which you were involved, etc.  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。  Please enter the year of publication in chronological order from the present to the past, with sequential numbers. If you indicate a paper currently being submitted to an academic journal, it must be one that has already been accepted for publication.  （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。）  (For example, in the case of an academic paper, please indicate the title of the thesis, name of the authors, name of journal, volume, first and last page, and year of publication, whereas in the case of a research presentation, please indicate the title of the presenta- tion, name of the presenter, name of the conference, and the year and month of the presentation. Furthermore, please double underline the applicant's name for recognition of eligibility.)  （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）。）  (The order of the items may be changed as long as each of the above items is listed. If there are multiple authors (names of presenters), it is acceptable to enter the names of the main authors (presenters) and omit the rest (if the names are omitted, enter the number of authors and the order in which they appear in the journal.) | | | |
|  | | | |

(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。

(Notes) 1. For academic papers, please attach reprints or a copy. When using a personal computer, please print on this form or create it according to this form (A4 size).

２．研究業績のない場合は，「なし」と記入してください。

1. If you have no research achievements, please indicate “None.”

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。

1. If there is not enough space available, please use a separate sheet of paper (A4 size) to fill in additional information as needed.

## 研 究 ・ 職 務 経 験 概 要

Summary of Research and Work Experience

##### （ 様式Ｄ ）

(Form D)

##### 鳥取大学大学院医学系研究科

Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

History of Research and Work Experience

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名  Name |  | | | 志望部門  Applied Division |  |
| 研究歴  •  職歴 | 勤務期間  Period of Employment | 研究・勤務先  Place of Research or Employment | 主な研究又は職務の内容  Description of Main Research or Job | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| ～ |  |  | | |
| 研究計画に関連する過去の研究・職務内容  Past research and work experience related to the research plan | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

##### （ 注）１ ． 研究経験等のない場合は， 「なし」と記入してください。

(Note) 1. If you have no research experience, please indicate“None.”

研 究 ・ 職 務 内 容 証 明 書

Certificate of Research and Employment Description

#### （様式Ｅ）

(Form E)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名  Name |  | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| Date of Birth: | Year | Month | Day |

#### 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。

I hereby certify that the above-mentioned individual has engaged in the following research or employment.

#### 記

Details

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究又は職務に従事した機関，部局及び身分  Organization, department, and status in which the research or employment was conducted |  | | | | | | |
| 研 究 又 は 職 務 に | From | 年  Year | 月～  Month to | 年  Year | 月  Month | （ 年  (Period: Year(s) | か月）  Month(s)) |
| 従 事 し た 期 間 |
| Duration of research or employment |
| 研究又は職務の内容  Description of research or employment |  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 日 |
| Year | Month | Day |

#### 所 在 地

Address

#### 機 関 名

Name of the Organization

#### 機関の長 印

Head of the Organization Seal

# 推 薦 書

### Recommendation Letter

#### （様式Ｆ）

(Form F)

#### 鳥取大学大学院医学系研究科長 殿

To the Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

#### 鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程 年 月入学志願者

を下記のとおり推薦します。

I hereby recommend , an applicant for admission in to the Major in Medicine Doctoral Course, Graduate School of Medical Sciences, Tottori University, as follows.

#### 年 月 日

Year Month Day

#### 推薦者

Recommender

#### 機関名

Name of the Organization

#### 所属長

Name of the Head of the Department You Belong To

#### 推 薦 理 由

Reason for Recommendation

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

## 研 究 計 画 書

Research Plan Form

#### （様式Ｇ）

(Form G)

#### 氏 名

Name

#### 志望部門

Applied Division

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テーマ  Research Theme |  |
| 研究計画 | |
| Research Plan | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |