

志 願 票
(Application Form)

受験番号 Examinee Number	*	専攻 Major	* 医学専攻 * Major in Medicine		写真貼付欄 Affix photo here (上半身・無帽・正面向きで、 出願前3か月以内に撮影した ものをのり付けしてください。) (Please affix a photo of the applicant's upper half of the body, hatless, facing front, taken within three months prior to the application date.) 縦4cm×横3cm 4 cm (length) x 3 cm (width)
志望部門 Applied Department					
<input type="checkbox"/> 志望部門の教授等に出願や入学後の研究活動等について相談済みです。 I have already consulted with the professor of the department in which I wish to enroll regarding my application, research activities after admission, etc. <input type="checkbox"/> 10月入学を希望します。 I wish to enroll in October.					
出願方法 Application Procedure	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 外国人留学生 General Working adult International student				
希望するコースの□に✓を付してください。 Please mark with a ✓ in □ for the course you wish to enroll in. <input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 腫瘍専門医コース <input type="checkbox"/> 革新的未来医療創造コース <input type="checkbox"/> 障害児医療学コース General Oncology Specialist Course Innovative Future Medical Science Course Medical Science for Children with Disabilities Course					
ふりがな			男 Male 女 Female	生年月日 Date of birth	YYYY / MM / DD (才)
氏 名 Name			(/ /) (Age:)		
メール アドレス E-mail address	メールアドレス登録のため、教育企画係へメール送信してください（備考（4））。 Please send an e-mail to the General Student and Research Affairs to register your e-mail address (see Remarks (4)).				
出願資格 Eligibility for Application	大学 University		学部 Faculty		学科 Department
	卒業 Graduated 卒業見込 Expected to graduate		年 Year	月 Month	
	大学大学院 Graduate School		研究科		専攻 Major
	課程 Course	修了 Completed 修了見込 Expected to complete	年 Year	月 Month	
国籍 (外国人のみ記入) Nationality (for non-Japanese only)					
ふりがな 住 所 Address ・ 連絡先 Contact	〒 — Postal code TEL (携帯) () — Tel. (mobile phone)				
緊急時 連絡先 Emergency Contact	ふりがな 氏 名 Name (又は勤務先) (or place of work)			続柄 Relationship	
	ふりがな 住 所 Address	〒 — Postal code TEL () —			

備考
Remarks

- (1) *欄を除きすべて記入してください。
Fill in all fields except those marked *
- (2) 必ず出願前に志望部門の教授等と連絡を取り、出願や入学後の研究活動等について相談してください。
Before applying, be sure to contact the professor or the department of your choice to discuss your application, research activities after admission, and other matters.
- (3) 志望部門への事前相談、出願方法を選択し□に✓を付してください。
Please select the method of prior consultation and application to the department of your choice and mark ✓ in □.
- (4) メールアドレスは専門科目試験の時間・場所等を担当教員から通知するので必ず記入の上、下記アドレスへメール送信してください。
Please make sure to fill in your e-mail address and send it to the address below, as it will be used to inform you of the time and place of the examination for the specialized course by the faculty member in charge of the course.
メールアドレスのない者については別途対応するので、その旨記入してください。
If you do not have an e-mail address, we will contact you by other means, so please indicate it as such.

教育企画係メールアドレス：me-gakumusou@ml.adm.tottori-u.ac.jp
General Student and Research Affairs e-mail address: me-gakumusou@ml.adm.tottori-u.ac.jp

履 歴 Personal History	
(学 歴 ・ 職 歴) (Education and Employment History)	
年 月 Year Month	高等学校卒業 High school
Graduated from	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	
年 月 Year Month)	

1 0 月入学
October Enrollment

----- 切り離さないで提出してください -----
Please do not detach and submit

令和 7 年 1 0 月入学
鳥取大学大学院医学系研究科博士課程
October 2025 Enrollment
Doctoral Course, Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

写 真 票 Photo Card	
専 攻 Major	* 医学専攻 * Major in Medicine
受験番号 Examinee Number	*
氏 名 Name	

写真貼付欄
Affix photo here

(上半身・無帽・正面向きで、
出願前 3 か月以内に撮影した
ものをのり付けしてください。)
(Please affix a photo of the
applicant' s upper half of the body,
hatless, facing front, taken within
three months prior to the
application date.)

縦4cm×横3cm
4 cm (length) x 3 cm (width)

切り離さないで提出してください
Please do not detach and submit

令和 7 年 1 0 月入学
鳥取大学大学院医学系研究科博士課程
October 2025 Enrollment
Doctoral Course, Graduate School of Medical Sciences, Tottori University

受 験 票 Examinee Number	
専 攻 Major	* 医学専攻 * Major in Medicine
受験番号 Examinee Number	*
氏 名 Name	

写真貼付欄
Affix photo here

(上半身・無帽・正面向きで、
出願前 3 か月以内に撮影した
ものをのり付けしてください。)
(Please affix a photo of the
applicant' s upper half of the body,
hatless, facing front, taken within
three months prior to the
application date.)

縦4cm×横3cm
4 cm (length) x 3 cm (width)