

志 願 票

|   |  |        |       |   |             |        |
|---|--|--------|-------|---|-------------|--------|
| 受験番号  | *  | 専攻     | *医学専攻 | 写真貼付欄<br>(上半身・無帽・正面<br>向きで、出願前<br>3か月以内に撮影<br>したものをのり付<br>けてください。)<br>縦4cm×横3cm | 履 歴         |        |
| 志望部門  |  |        |       |   | (学 歴 ・ 職 歴) |        |
| <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。<br><input type="checkbox"/> 4月入学を希望します。   |  |        |       |   | 年 月         | 高等学校卒業 |
| 出願方法  | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 外国人留学生 |        |       |   | 年 月         |        |
| 希望するコースの□に✓を付してください。<br><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 |  |        |       |   | 年 月         |        |
| ふりがな<br>氏 名   |  | 男<br>女 | 生年月日  | 昭和・平成 年 月 日生<br>( 才)  | 年 月         |        |
| メール<br>アドレス   | 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))  |        |       |   | 年 月         |        |
| 出願資格  | 大学   | 学部     | 学科    | 年 月 卒業<br>卒業見込  | 年 月         |        |
|   | 大学大学院  | 研究科    | 専攻    | 年 月 修了<br>修了見込  | 年 月         |        |
| 国籍<br>(外国人のみ記入)   |  |        |       |   | 年 月         |        |
| ふりがな<br>住 所<br>・<br>連絡先   | 〒 -  |        |       |   | 年 月         |        |
|   | TEL (携帯) ( ) -   |        |       |   | 年 月         |        |
| 緊急時<br>連絡先  | ふりがな<br>氏 名<br>(又は勤務先)   |        |       | 続柄  | 年 月         |        |
|   | ふりがな<br>住 所  | 〒 -    |       |   | 年 月         |        |
|   | TEL ( ) -  |        |       |   | 年 月         |        |

- 備考 (1) \*欄を除きすべて記入してください。  
 (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。  
 (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。  
 (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際に使用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。  
 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。

教育企画係メールアドレス : me-gakumusoum@ml.adm.tottori-u.ac.jp

4月入学

