

Examination Number (受験番号)

※(Do not fill in.)

APPLICATION FROM FOR INTERNATIONAL STUDENTS

Academic Year 2027 (Reiwa 9)

令和 9 年度 愛知医科大学大学院医学研究科 外国人留学生選抜入学願書

To: President, Aichi Medical University

愛知医科大学長 様

Name: _____

[in Roman Block Letters] *Please write in the same notation as your passport

志願者氏名 (*ローマ字ブロック体かつパスポートと同じ表記でご記入ください)

[in Katakana, if possible] (カナ)

[in Chinese Character, if applicable] (漢字)

Photo 写真貼付欄

Attach a recent photo
(width 3 cm × height
4 cm, taken within 3
months) and write
your name

I hereby submit my application with the required documents for admission to the Graduate School of Medicine at your university.

貴学大学院医学研究科に入学したいので、所定の書類を添えて出願します。

Date of Submission: _____ / ____ / ____

(提出年月日: YYYY / MM / DD)

Specialization and Course

(志望する専攻及び授業科目)

Specialization:

Course:

Name of Prospective Academic Advisor

(研究指導教授名)

Date of Birth _____ / ____ / ____

(生年月日: YYYY / MM / DD)

Age _____

(年齢)

Nationality

(国籍)

Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Prefer not to say

(性別) 男 女 回答しない

☐ Yes ☐ No

Doctoral-qualifying program completed in English.

(博士課程への入学資格を満たす教育課程を修了した主要言語が英語である)

Standardized English test score (if applicable)

(英語運用能力試験スコア) ☐ TOEFL iBT _____

☐ IELTS _____

Phone Number (from country code)

(電話番号、国番から)

E-mail

Examination Number (受験番号)	※(Do not fill in.)
---------------------------	--------------------

Current Address (現住所)		Zip Code
Permanent Address 連絡が確実に取れる定住地 (本籍・戸籍が置かれているところではありません)		Zip Code

Emergency Contact Person	
Name (氏名)	Relationship (本人との続柄)
Phone Number (from country code) (電話番号、国番から)	E-mail
Address (住所)	
Zip Code	

Application Confirmation Questions	
Please insert an "X" in the relevant box (Yes/No). (確認事項)	
☐ Yes ☐ No	Will your residence status be "Student" at the time of enrollment? (入学時点の在留資格は「留学」となりますか。)
☐ Yes ☐ No	Have you obtained consent from your prospective academic advisor regarding your application? (専攻予定の指導教授に出願についての了承を得ましたか。)
☐ Yes ☐ No	Have you undergone the preliminary eligibility screening? (出願資格審査は受けましたか。)
☐ Yes ☐ No	Have you confirmed with your prospective research advisor that the Preliminary Verification Sheet, in accordance with the Aichi Medical University Security Export Control Regulations, has been submitted? (愛知医科大学安全保障輸出管理規程に基づく、事前確認シートが提出されていることを専攻予定の研究指導教授に確認しましたか。)

Work/Research Experience (if applicable)

Begin with the most recent employment record (excluding part-time work) and proceed to research experience. (職歴、アルバイトは除く。次いで研究歴)

Please add additional lines if necessary. (必要に応じて行を追加してください。)

Name and location of organization (勤務先及び所在地)	Period of employment (勤務期間)	Position (役職名)	Type of work (職務内容)
	From To		
	From To		
	From To		

Examination Number (受験番号)	※(Do not fill in.)
---------------------------	--------------------

Academic Background (学歴)
Please add additional lines if necessary. (必要に応じて行を追加してください。)

	Name and Address of School (学校名及び所在地)	Year and Month of Entrance and Completion (入学及び卒業年月)	Years of Schooling (修学年数)	Degree/Certification, Major Field of Study, Grade-Skipping Status (学位・資格、専攻科目、飛び級の状況)
Primary Education (初等教育)	Name (学校名) Location (所在地)	From (入学) To (卒業)	years (年) and months (月)	
Elementary School (小学校)				
Secondary Education (中等教育)	Name (学校名) Location (所在地)	From (入学) To (卒業)	years (年) and months (月)	
Middle School (中学)				
High School (高校)	Name (学校名) Location (所在地)	From (入学) To (卒業)	years (年) and months (月)	
Higher Education (高等教育)	Name (学校名) Location (所在地)	From (入学) To (卒業)	years (年) and months (月)	
Undergraduate (大学)				
Graduate (大学院)	Name (学校名) Location (所在地)	From (入学) To (卒業)	years (年) and months (月)	
		Total years of schooling (以上を通算した全学校教育修学年数) As of October 1, 2027 (2027年10月1日現在)		____ Years and ____ months (年) (月)