

金沢大学大学院先進予防医学研究科
先進予防医学共同専攻（医学博士課程）
入学志願票一式

Graduate School of Medical Sciences
Division of Advanced Preventive Medical Sciences
(Doctoral Course)

See page 3 onward for the English version

(様式1)

金沢大学大学院先進予防医学研究科（医学博士課程）入学志願票

区 分		※ 1 令和7年（10月期入学） 2 令和8年（4月期入学）		受験番号	No.
		※ 1 一般選抜 2 外国人留学生特別選抜			
氏 名	ふりがな	男 ・ 女		14条特例適用 希望の有無	留学生の区分 （外国人留学生のみ 記入）
	※ 有 ・ 無			※ 私費 ・ その他	
	年 月 日生				
志 望 研 究 分 野	先進予防医学共同専攻 領域 指導教員			研究分野 教員	外部試験スコアによる 外国語試験の代替 ☐ 希望する 希望者は ☒ を付すこと
出 願 資 格	年 月 日 大学 学域・学部 学類・学科 卒業・卒業見込				
	年 月 日 大学大学院 研究科 専攻 修士課程 修了・修了見込 博士前期				
志願者現住所 （入学手続要項等 送付先）		ふりがな			
		〒 電話（自宅） （携帯） E-mail @			
家 族 連 絡 先	氏 名	ふりがな		志願者との 続柄	
	住所	〒 電話			

- 注 1 太枠内を記入してください。
2 ※欄は、該当するものに○を付してください。
3 履歴書も記入してください。

履 歴 書

区分	年 月	事 項
学 歴 高等学校卒業以上を 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	
資 格	年 月	第 回医師国家試験合格
	年 月	第 回歯科医師国家試験合格
	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	
賞 罰	年 月	
	年 月	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

氏 名（自署）

※記入欄が不足する場合は、別紙を追加してください。

- | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| Category | * 1. Academic Year 2025 (October Admission)
2. Academic Year 2026 (April Admission) | Application for Article 14 Special Exception | *Yes / No | Your Financial Status | * 1. Privately Financed
2. Other |
| | * 1. General Screening
2. Special Screening for International Students | | ☐ Substitution of external test for foreign language exam.
Put a ☒ if you wish. | | |
| Full Name | | | Desired Department & Research Field | Department | |
| * Male / Female | | | | Research Field | |
| Date of Birth (Year, Month, Date) | | | | Prospective Academic Supervisor | |
| Qualification | Bachelor's Course Graduated / Expected to graduate on DD , MM , YYYY | | | | |
| | University: | | Department: | | Course: |
| | Master's Course Completed / Expected to complete on DD , MM , YYYY | | | | |
| | University: | | Department: | | Course: |
| Applicant's Current Postal Address | | | | | |
| | | E-mail | @ | Telephone (Mobile) | |
| Parent or Guardian | Full Name | | Relation to Applicant | | Telephone |
| | Address | | | | |

(様式 2)
(Form 2)

志 望 理 由 書

Motivation Statement

フリガナ 氏名 Full Name		受験番号 Examinee Number
志望研究分野 Desired Research Field		
本研究分野を志望した理由を述べなさい Describe your motivation		
入学後の研究について Research Plan		

金沢大学大学院先進予防医学研究科先進予防医学共同専攻（医学博士課程）
Division of Advanced Preventive Medical Sciences (Doctoral Course), Graduate School of
Advanced Preventive Medical Sciences, Kanazawa University.

※パソコン等使用により作成する場合は、本様式に直接又は本様式に準じて別紙（A4 版）で作成してください。

*When preparing this form on a computer, please print directly on this form or separate sheet with the same format (A4 paper).

研究業績（論文，学会発表等）があれば記載

Research achievement (if any)

(様式3)
(Form 3)

受験番号 Examinee Number	※
-------------------------	---

受験承諾書

Examination Permission Letter

金沢大学大学院先進予防医学研究科長 殿
To: Dean of Graduate School of Advanced Preventive
Medical Sciences, Kanazawa University

氏名
Full Name _____

上記の者が金沢大学大学院先進予防医学研究科先進予防医学共同専攻（医学博士課程）
（ 領域 研究分野）の入学試験を
受験することを承諾します。
なお、本人が入学した場合は、在職のまま在学することを認めます。

I hereby authorize the person named above to take an entrance exam for the Division of
Advanced Preventive Medical Sciences (Doctoral Course), Graduate School of Advanced
Preventive Medical Sciences, Kanazawa University.

(Research Field: Department:)
Additionally, I acknowledge that the said person may enter the School while employed if
acceptance is granted by the School.

年 月 日
Date:

所属機関名
Name of the Institution

所属機関長
Name of the Head of Institution

公印
Official Seal

(様式 4)
(Form 4)

受験番号 Examinee Number	※
-------------------------	---

年 月 日

金沢大学大学院先進予防医学研究科長 殿
To: Dean of Graduate School of Advanced Preventive
Medical Sciences, Kanazawa University

申請者氏名 (自署)
Name of Applicant:

教育方法特例適用申請書

(大学院設置基準第 14 条に基づく教育方法の特例の適用)

Application for Special Exception on Education Methods (Application for Special Exception on Education Methods Based on Article 14 of the Graduate School Establishment Standards)

このことについて、修学上必要としますので、大学院設置基準第 14 条に基づく教育方法の特例を適用くださるようお願いします。

Since it is necessary to pursue my education at the Graduate School, I hereby apply for the Special Exception on Education Methods Based on Article 14 of the Graduate School Establishment Standards.

(注) 先進予防医学研究科に入学後、大学院設置基準第 14 条に基づく教育方法の特例の適用を希望する場合に提出してください。
※欄は記入しないでください。

Note: Please submit this application if you wish to apply for the Special Exception on Education Methods Based on Article 14 of the Graduate School Establishment Standards after enrollment to the Graduate School of Advanced Preventive Medical Sciences.

*Please do not fill out the section marked with an asterisk (※)

履 歴 書

Curriculum Vitae

氏名 Name	漢字	性別 Sex		年 月 日 YYYY MM DD	在留資格 Resident status		
	フリガナ Katakana	年 月 日 MM DD	年齢 Age				
	ローマ字 Alphabet						国籍 Nationality
初等教育 Elementary education	Family name First name 学校名所在地 Name and address of School		正規の修学年数 Official years of schooling	修業年数 Period of schooling	専攻科目 Major subject (if any)	学位・資格 Diploma or degree awarded	
	学校名 Name 所在地 Location	入学及び卒業年月 entrance and completion					
	中等教育 Secondary education	学校名 Name 所在地 Location	入学 from 卒業 to	年 yrs			
		学校名 Name 所在地 Location	入学 from 卒業 to	年 yrs			
学校名 Name 所在地 Location		入学 from 卒業 to	年 yrs				
高等教育 Higher education	大学 Undergraduate level	学校名 Name 所在地 Location	入学 from 卒業 to	年 yrs			
	大学院 Graduate level	学校名 Name 所在地 Location	入学 from 卒業 to	年 yrs			
		以上を通算した全学校教育修学年数 Total		年 yrs			

研究歴・職歴 Research Activities or employment record	研究機関名又は勤務先名 Name of research institution or name of organization	役職名 Position	職務内容 Type of work	所在地 Address	研究期間又は勤務期間 Period of research or employment	年数 yrs. & mo.
					年 yr. 月 mo.	
					年 yr. 月 mo.	
					年 yr. 月 mo.	
					年 yr. 月 mo.	

記入は、日本語又は英語を用いること。（Please write in Japanese or English.）

(様式 6)
(Form 6)

金沢大学大学院先進予防医学研究科（医学博士課程）
入学試験出願資格認定申請書

Application Form for Consultation of Qualification Graduate School of
Advanced Preventive Medical Sciences (Doctoral Course), Kanazawa University

金沢大学大学院先進予防医学研究科長 殿
To Dean of the Graduate School of Advanced Preventive
Medical Sciences, Kanazawa University

貴学大学院先進予防医学研究科（医学博士課程）入学試験に出願を希望します。
ついては、出願資格の認定を受けたいので、所定の書類を添えて申請します。
I apply for qualification with necessary documents to apply to the entrance examination for the
Graduate School of Advanced Preventive Medical Science (Doctoral Course), Kanazawa University.

年 月 日
(YYYY MM DD)

志望研究分野 _____ 領域 _____ 研究分野
(Field of study) (Department) (Research Field)

希望指導教員 (Academic Supervisor) _____ 教員

氏名 (Name) _____

性別 (Sex) ☐ 男 (Male) ☐ 女 (Female)

生年月日 (Date of Birth) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (YYYY, MM, DD)

審査結果の連絡先 (Contact Information for a Result Notice)

住所 (Address) 〒

電話番号 (Telephone Number) () -

電子メールアドレス (Email) _____

氏 名
Name

公表論文・研究報告等の名称 Names of Research Reports, Treatises, Papers	発行又は 発表の年月 Date of Publication	公表雑誌又は発表学会等の名称 Names of Magazines or Conferences	備考（共著者名又は 共同発表者名） Names of Joint Publishers

記入は、日本語又は英語を用いること。（Please write in Japanese or English）