【様式1】

令和6年度(第2次)

受験番号

Identification Number

※

【Form1】

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科薬学専攻（博士課程）

Division of Pharmacy（Doctoral Course）,Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

志 望 研 究 室 等

**≪氏名≫ Full Name**

**≪志望研究室≫ Preferred laboratory**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 志 望 研 究 室 名  Name of laboratory of your choice | 志望指導教員の署名（自筆）  Signature of preferred academic supervisor |
| 第 1 志 望  First Choice | 研究室 |  |
| 第2 志 望  Second Choice | 研究室 |  |

　注）出願前に必ず志望指導教員に連絡を取り，出願の許可を得てください。

12，13ページを参照の上，志望する研究室を記入し，志望指導教員の署名を得てください。

遠方等の理由により署名を得ることが難しい場合は，志望指導教員の承認を示すメールの写しの提出で代用可とします。第2志望の記載がない場合は，その意志がないものとみなします。

NOTE) Please contact with preferred academic supervisor and get permission before you apply.

Please refer to page 12,13 to fill out preferred laboratory and ask preferred academic supervisor to signature. If it is difficult to get signature of preferred academic supervisor, a copy of the e-mail indicating approval of preferred academic supervisor is accepted.

If you don’t fill out “Second Choice”, we will regard you have no intension of that.

**≪口述試験使用機器≫ Device needed for oral exam**

|  |  |
| --- | --- |
| 口述試験使用機器  Device needed for oral exam | プロジェクター  projector  必要　／　不要  necessary / unnecessary |

　注）口述試験におけるプロジェクターの使用希望について，該当する方を○で囲んでください。

　　 その他の機器使用を希望する場合は，薬学学務係へ問い合わせてください。

NOTE) Please circle necessary or unnecessary to use projector for oral exam.

Please ask Pharmacy Student Affairs Section if you need another devices.

**≪長期履修希望≫ longer-term program**

* 長期履修希望

　　　　　　　Apply for the longer-term program

　注）長期履修を希望する場合は✓を記入してください。(10ページ参照)

　　　 Mark the box with a ✓ if you are applying for the longer-term program.(see page 10)

【様式2】

令和6年度(第2次)

【Form2】

卒業・修士論文の概要／研究又は開発業務等の概要

Brief summary of graduation or master thesis/Brief summary of research or development operation

№

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科薬学専攻（博士課程）

Division of Pharmacy（Doctoral Course）,Graduate School of

Medical Sciences, Kanazawa University

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 験 番 号  Identification  Number | ※ | 氏　名  Full Name |  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

注　和文・英文のいずれで記載してもよい

　　№2以降は，A4用紙を追加し，5枚以内で記述してください。

Note: Brief summary can be written in Japanese or English.

Additional pages can be attached using A4-sized paper, but do not exceed five pages in total.

【様式3】

令和6年度(第2次)

※

受験番号

Identification Number

【Form3】

受　験　許　可　書

Letter of Permission for Examination

　　金沢大学大学院医薬保健学総合研究科長　殿

　　To : Dean of Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

このたび，　　　　　　　　　　　　　　　が貴大学大学院医薬保健学総合研究科薬学専攻（博士課程）を受験することを許可します。

　　なお，本人が貴大学大学院医薬保健学総合研究科に入学した場合は，在職のまま在学することを認めます。

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

Additionally, I acknowledge that the said person may enter the Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University, while being employed if the acceptance is granted by the School.

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　Date: Year Month Day

　　　　　　　　　（所属・職名）

　　　　　　　　　Position / Occupation:

　　　　　　　　　（氏　　　名）

　　　　　　　　　　　　　Name:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Signature

(注)　社会人特別選抜のみ

Note: Applicable for special admission for students who hold full-time jobs only.

【様式4】

令和6年度(第2次)

【Form4】

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　Date: Year Month Day

　　金沢大学大学院医薬保健学総合研究科長　殿

　　To : Dean of Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Name of applicant:　　　　　　　　　　　　Signature

　　　　　大学院設置基準第14条に基づく教育方法の

　　　　　特例の適用申請について

　　　　　　　　　Special Exception on Education Based on Article 14 of the Standards

　　　　　　　　　for the Establishment of Graduate Schools

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の適用を申請します。

I hereby apply under the Special Exception on Education Based on Article 14 of the Standards for the Establishment of Graduate Schools because it is required to pursue my education at the University.

(注)　社会人特別選抜のみ

Note: Applicable for special admission for students who hold full-time jobs only.

入学試験出願資格認定申請書

令和6年度(第2次)

【様式A】

【FormA】

Application Form for Preliminary Examination of Qualifications

※

受験番号

Identification Number

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科薬学専攻(博士課程)

Division of Pharmacy (Doctoral Course), Graduate School of

Medical Sciences, Kanazawa University

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科長　殿  To: Dean of Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University  　　貴大学大学院医薬保健学総合研究科薬学専攻（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 hereby wish to apply for the preliminary screening of qualifications to take an entrance examination for the Division of Pharmacy (Doctoral Course), Graduate School of Medical Sciences at Kanazawa University. I have attached prescribed documents to apply for the screening.  　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　 Date: Year Month Day  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 男・女  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Full name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Signature 　　Male / Female  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）  　　　　 Date of Birth: Year Month Day Age | | |
| 現　住　所  Current address | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel(　　　)　　　－ |
| 現　職  Current employment: | 勤　務　先  Place of employment |  |
| 職　　　名  Job title |  |
| 所　在　地  Address | Tel(　　　)　　　－ |
| 学　歴 (高等学校卒業から詳細に記入願います。)  　　　　　Educational background (List your education in detail after graduating from a high school) | | |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | | 高等学校卒業  　Graduated from 　High school |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 職　歴 (研究・開発の業務内容が分かるように詳細に記入願います。)  　　　　　Employment history (List your employment history in detail indicating the details of research and development) | | |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 学会その他における活動状況  　　　　　Activity status at academic conferences, etc. | | |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |
| 年　　　月　　　日  Year Month Day | |  |

注　本様式に書き切れない場合は，同様の形式のものを付加してください。

Note: Attach additional paper in a similar format if additional space is needed.

研　究　業　績　等　調　書

令和6年度(第2次)

【様式B】

【FormB】

Research achievement record

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Full name

※

受験番号

Identification Number

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科薬学専攻(博士課程)

Division of Pharmacy (Doctoral Course), Graduate School of

Medical Sciences, Kanazawa University

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学 術 論 文， 著 書，  　 　　研究発表，特許等の名称  　 Name of academic papers, Books,  　 journals, letters or patents, etc. | 発行又は発表  　 の 年 月 日  Date of publication　/issue | 発行所，発表雑誌等  又は発表学会等の名称  Name of publishing office, academic journal, or the conference of presentation | 著者又は  発表者  Name of author or presenter |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注1　本様式に書き切れない場合は，同様の形式のものを付加してください。

注2　「著者又は発表者名」欄は，志願者を含めて公表されている順番で記入してください。

注3　上記に記載したものの内容がわかる写しを添付してください。

Note1: Attach additional paper in a similar format if additional space is needed.

Note2: List all authors or presenters in the column “Name of author or presenter” including the applicant in the same order in

which it was published.

Note3: Attach a copy of supporting documents to make the above contents understandable.