|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号  Reference number |  |

Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science

SUMS-UKM International Joint Ph.D. Program in Ageing Science (Doctoral Program)

Application Form for Screening of Eligibility

滋賀医科大学大学院医学系研究科　滋賀医科大学・マレーシア国民大学国際連携

エイジングサイエンス専攻博士課程　出願資格認定審査申請書

This form should be written in Japanese or English.　日本語または、英語で記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦 年 月 日  Western calendar year month day  国立大学法人滋賀医科大学長　殿  To the President of Shiga University of Medical Science  貴大学大学院医学系研究科滋賀医科大学・マレーシア国民大学国際連携エイジングサイエンス専攻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 wish to apply for the admission examination to the SUMS-UKM International Joint Ph.D. Program in Ageing Science of Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science. I hereby apply for screening of eligibility with the required documents,  ふりがな  氏名　　 　　　　　　　 　 男/女  Name Male/Female  西暦 年 月 日生　　　 歳 (2025年9月30日現在)  (Western calendar) year month day Age (As of Sept. 30, 2025) | | | | | | | | | | |
| 志望講座等Preferred Division  募集要項ｐ15～19を参照すること。Refer to pages 15-19 of the student application guideline. | | | | | | | | | | |
| 指導希望教員  Preferred Supervisor | | 氏　名  Name | |  | | | 事　前　相　談  Prior consultation | |  | (注１)  (Note１) |
| 講　座　名　等  Department/Center | | |  | 分　野　等  Division/Unit | |  | | |
| 現住所  連絡先  Current home address | | | 〒      TEL　　 Mobile phone | | | | | | | |
| 現職  Current work | 勤務先  Place of work | |  | | | | | | | |
| 職名  Job title | |  | | | | | | | |
| 所在地  Address | | TEL | | | | | | | |
| 履歴  Personal History | 学歴  (高等学校卒業 から記入してください。) Academic Background | | 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 職歴  Employment Record | | 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |
| 西暦　　　年 　　月  year　　 month | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 学会及び社会における活動等  Activities in Academic Societies and Community | |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 研究歴(本専攻に入学を志望する動機となった研究•開発等の内容を記入してください.)  Research History (Write about your research experience that motivates you to apply for this program\*) | |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 免許•資格等 Licenses/Qualifications | |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |
| 西暦　　　　年 　　　月  year 　　 month |  |

(注)

１. 指導希望教員と必ず、出願前(出願資格審査を受ける者は申請前)に事前相談をしてください。

相談後、口に☒印を記入してく ださい。

　　　 ２. 外国人の申請者は、学歴欄に小学校からの全学歴及び各学校の修業年限を記入してください。また、大学については学科まで記入してください。

Note:

1. Prior consultation with a preferred supervisor is required before the submission of your application (for those who undergo the screening of eligibility, before applying the screening of eligibility). Tick a box after the consultation is conducted.
2. Foreign applicants are required to provide the entire academic background starting from elementary school as well as course term of each school. As for the description of university, provide the name of the department of the university as well.