|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号\*Examinee's number |  |

|  |
| --- |
| 社会人入学希望 |[ ]

←If applying for adult admission, mark a circle in the box.

←社会人入学を希望される方は〇印を記入してください。

FormⅠ　Oct. 2025

　 Application for Admission to Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science

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

**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　志願票**

**This application form must be written in English. 本志願書は、英語で記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Name 氏名 | Affix phototaken withinthe last three months. Photo must include head and upper torso (approx. 40 mm × 30 mm) |
|  Alphabet アルファベット： (Family Name) 姓 　　　　(First Name)　名 　　(Middle Name) |  |
| 　　 自国語　Native language ：(Family Name) 姓 (First Name)　名 (Middle Name) |  |
| 2. Date of Birth　生年月日 | 3. Age (As of Sept.30,2025)年齢 |  |
|  (Year [年]) / (Month[月]) /(Day [日]) |   |  |
| 4. Nationality　国籍 | 5. Gender　　性別 |   |
|  　　　　　　　　　　　  | [ ] Male [ ] Female  |  |
| 6. Preferred Division 志望講座等Refer to pages 15-19 of the student application guideline.　募集要項ｐ15～19を参照すること。 |
| Preferred Supervisor指導希望教員 | Name氏名 |   | Prior consultation 　事前相談 |[ ]  (Note2)(注2) |
|  | Department/Center 講座名等 |   | Division/Unit分野等 |   |
| 7. Current Position　現在の所属 (If employed, employer’s name and address) |
| Name and Address 名称　住所 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| Division所属部門 |   |
| Position職位 |   |
| E-mail |   | Phone/Fax |   |
| 8. Academic Background　取得学位  |
| Undergraduate 学部 |
| University大学 |   | Country国 |   |
| Department / Division学部・学科 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  | Degree &Grant Year |   |
| Graduate Program 大学院 |
| University大学院 |   | Country国 |   |
| Courseコース |   | Degree & Grant Year |    |
| Use this space for additional information.他にもある場合は、ここに記入してください。 | 　　　  |
| 9. Address and Phone Number 住所 電話番号 |
| Current home address現住所 | 〒  TEL Mobile phone  |
| Address to receive a letter of acceptance合格通知を受ける場所 | 〒  TEL Mobile phone  |
| 10. Emergency Contact in Home Country　緊急連絡先 |
| Name　氏名 |    | Relationship　関係  |   |
| Mailing Address住所 |    |
| E-mail |   | Phone/Fax |   |
| 11. SUMS-UKM International Joint Ph.D. Program in Ageing Science Scholarship　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奨学金 |
| [ ] 　Apply [ ] 　Do not apply |

(注) １. ※印の欄は記入しないでください。

２. 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。

Note:

1. Do not write anything in the box with \*.
2. Prior consultation with a preferred supervisor choice is required before the submission of your application (for those who undergo the screening of eligibility, before application for the screening of eligibility). Tick a box after the consultation is conducted.