

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

令和8年度 秋季(10月)入学 滋賀医科大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程 入学志願票  
 AY2026 October Application for Admission to Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science (Doctoral Program)

社会人入学	
-------	--

↑社会人入学(在職したまま入学)を希望する場合は、丸印を記入してください。

Circle the box if you are applying for working adult admission.

ふりがな				性別 Sex	年齢 Age
氏名 Name	(旧姓: ) 西暦 年 月 日生 Date of birth: year month day			男・女 Male/Female	令和8年9月30日現在 As of September 30, 2026
志望コース等 (注2) Desired Course (Note 2)	志望コース Desired course				
	指導希望教員 Desired supervisor	氏名 Name		事前相談 Prior consultation	<input type="checkbox"/> (注3) (Note 3)
		講座名等 Department/Center			
		分野等 Division/Unit			
出願資格	大学 University	(国立・公立・私立) (National/Public/Private)	大学 University	学部 Faculty	学科 Department
	西暦 Graduation Date:		年 year	月 month	(卒業・卒業見込み) (graduated/expected to graduate)
	大学院 Graduate School	(国立・公立・私立) (National/Public/Private)	大学大学院 Graduate School	研究科 Course	
上記以外の資格による場合 If qualifications are other than above					
現職	勤務先 Place of work				
	職名 Job title				
	所在地 Address	TEL — —			
現住所 Current home address	〒 — — TEL — — 携帯電話 Mobile phone — —				
合格通知を受ける場所 Address to receive a letter of acceptance	〒 — — TEL — — 携帯電話 Mobile phone — —				
緊急時の連絡先 (保護者等) Emergency contact (guardian, etc.)	〒 — — TEL — — 携帯電話 Mobile phone — —				

履歴を裏面に記入してください。

Complete your curriculum vitae on the reverse side of this form.

履 歴  
Curriculum Vitae

氏 名 Name	
-------------	--

履歴事項（高等学校卒業以降） Personal History (For foreign applicants, please describe from elementary school. (Note 4))

学歴・職歴 Academic Background and Employment Record	年 year	月 month	
	高等学校卒業		
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	年 year	月 month	
	医師国家試験	昭和 平成 令和	年 月 合格 医籍登録

(注) 1. ※印の欄は記入しないでください。  
 2. 志望コース等の記入にあたっては、募集要項p.4及びp.19~28を参照のうえ、指導希望教員と相談してください。「高度医療人コース」のうち、「がん専門医療人養成コース」を希望される方は、志望コースを「高度医療人コースがん専門医療人養成コース」とし、募集要項別紙を参照のうえ、講座名等に5コースのうち、いずれかのコース名を記入してください。分野名等の記入は不要です。「高度医療人コース」のうち、「地域で活躍する法医臨床医・法歯科医養成コース」を希望される方は、志望コースを「地域で活躍する法医臨床医・法歯科医養成コース」とし、募集要項別紙を参照のうえ、講座名等に3コースのうち、いずれかのコース名を記入してください。分野名等の記入は不要です。  
 3. 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、口にレ印を記入してください。  
 4. 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. Do not write anything in the box with\*.  
 2. For the desired course, refer to pages 4 and 19-28 of the student application guidelines and contact your desired supervisor for prior consultation. For those who are applying for "Oncology Specialist Training Course" within "Advanced Medicine for Clinicians Course, write "Advanced Medicine for Clinicians Course Oncology Specialist Training Course." Referring to the appendix, fill in the item, "Department/Center", from the five courses. You can leave the item "Division/Unit" blank.  
 3. Prior consultation with your desired supervisor is required before the submission of your application (for those who undergo the screening of eligibility, before the application for the screening of eligibility.) Tick a box after the consultation is conducted.  
 4. Foreign applicants are required to provide the entire academic background starting from elementary school as well as the term of study of each school. As for the description of university, provide the name of the department as well.