

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
出願資格認定審査申請書

AY2026 October Application for Screening of Eligibility for the Admission to Graduate School of Medicine,
Shiga University of Medical Science (Doctoral Program)

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医学専攻博士課程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いたします。

I hereby apply for screening of eligibility with the required documents as I wish to apply for the admission examination to the doctoral program at Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science.

西暦 年 月 日
Date of submission: year month day

ふりがな
氏名

男・女 (旧姓:)
Male/Female

Name:

西暦

年

月

日生

歳 (2026年9月30日現在)

Date of birth:

year

month

day

Age:

years old (As of September 30, 2026)

志望コース等 (注1) Desired Course (Note 1)	志望コース Desired course				
	指導希望教員 Desired supervisor	氏名 Name			
		講座名等 Department/Center			
		分野等 Division/Unit			
現住所 連絡先 Current home address	〒		携帯電話 Mobile phone		
TEL	-	-	-	-	
現 職	勤務先 Place of work				
	職名 Job title				
	所在地 Address	〒			
TEL	-	-	-	-	
履歴 Personal History	学歴・職歴 (高等学校卒業から現在まで記入してください。) Academic Background and Employment Record (Note 3)	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	

裏面も記入してください。
Complete the reverse side of this form as well.

学会及び社会における活動等
Academic Societies and Social Activities

	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	

研究歴(博士課程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 (Describe your research experiences in relation to pursuing a doctoral program.)

	年 year		月 month	
	年 year		月 month	
	年 year		月 month	
	年 year		月 month	
	年 year		月 month	
	年 year		月 month	

免許・資格等
Licenses/Qualifications

	年 year		月 month	
	年 year		月 month	
	年 year		月 month	

(注)

- 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・法医歯科医養成コース」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・法医歯科医養成コース」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。
- 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、□にレ印を記入してください。
- 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)

- For the desired course, refer to pages 4 and 19-28 of the student application guidelines and consult your desired supervisor. 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." Refer to the appendix, fill in the item, "Department/Center", from the five courses. You can leave the item "Division/Unit" blank. For those who are applying for "Forensic Generalist, Forensic Specialist Course" within "Advanced Medicine for Clinicians Course," write "Advanced Medicine for Clinicians Course Forensic Generalist, Forensic Specialist Course." Refer to the appendix, fill in the item "Department/Center" from the three courses. You can leave the item "Division/Unit" blank.
- Prior consultation with your desired supervisor is required before the submission of your application for the screening of eligibility. Tick a box after the consultation is conducted.
- 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.