

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○印を記入してください。

※受験番号

\*Examinee's number

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)

令和8年度秋季（10月）入学 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 photo taken within the 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.30,2026)年齢		
(Year [年]) / (Month [月]) / (Day [日])				
4. Nationality 国籍		5. Gender 性別		
		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
6. Preferred Division 志望講座等 Refer to pages 15-19 of the student application guideline. 募集要項 p 15~19 を参照すること。				
Preferred Supervisor 指導希望教員	Name 氏名	Prior consultation 事前相談	<input type="checkbox"/> (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。				

<b>9. Address and Phone Number</b> 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	
<b>10. Emergency Contact in Home Country</b> 緊急連絡先			
Name 氏名			Relationship 関係
Mailing Address 住所			
E-mail		Phone/Fax	
<b>11. SUMS-UKM International Joint Ph.D. Program in Ageing Science Scholarship</b> 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			
<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> 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.

Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science  
SUMS-UKM International Joint Ph.D. Program in Ageing Science (Doctoral Program)

Curriculum Vitae

履 歴 書

Name 氏名			
Date of Birth 生年月日		Age 年齢	
Nationality 国籍		Gender 性別	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Educational Background 学歴 (from elementary school)				
Education	Name and Location of School 学校名、所在地	Year/ Month of Entrance 入学年月	Year/Month of Completion 卒業年月	Standard number of years required for graduation 修業年限
Elementary Education (小学校)	Name of School:学校名 Location (City, Country):所在地			
Secondary Education (中学校)	Name of School:学校名 Location (City, Country):所在地			
Upper Secondary Education (高等学校)	Name of School:学校名 Location (City, Country):所在地			
Higher Education (Undergraduate Level) 学部	Name of School:学校名 Location (City, Country):所在地			
Higher Education (Graduate Level) 大学院	Name of School:学校名 Location (City, Country):所在地			

Employment Record 職歴			
Name and Location of Organization 組織名、所在地	Period of Employment (From: to: )	Position 職位	Type of Work 職務内容

Licenses, Qualifications 免許・資格		
Name of Licenses and Qualifications 免許・資格名	Date of Issue 取得年月 (Year and Month)	Country Issued 取得国

Japanese national medical license 日本の医師国家資格			
医師国家試験	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 合格	医籍登録	第 号 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月

Name of Applicant : \_\_\_\_\_

Statement of purpose in English

In no more than 1,000 words, please describe your motivation for applying and the reasons why you wish to be enrolled in SUMS-UKM International Joint Ph.D. Program in Ageing Science.

[Total number of words : \_\_\_\_\_ words \*Use 10-12 point font size and attach additional pages if necessary.]