

整理番号NO.

群馬大学 医学部 (医 学 科 ・ 保 健 学 科) 大学院 (医学系研究科 ・ 保健学研究科) Application form Research student of Faculty of Medicine(School of Medicine/ School of Health Sciences) Graduate School of Medicine/ Graduate School of Health Sciences	
Date: 年 月 日 (Y)/ (M) / (D)	
群馬大学長 殿 Dear President of Gunma University,	
本人氏名 Applicant Name	印 signature
紹介教授氏名 Professor' s Name introducing the applicant	印
今般、貴学の研究生として入学したいので、履歴書を添えて申請いたします。 I apply to the entrance as a research student with attached my curriculum vitae.	

氏名 Name	(フリガナ) Please write the pronunciation of your name in KATAKANA		
生年月日 Date of Birth	年 月 日 (Y) (M) (D)	日生 (男・女) (Male/ Female)	
専攻科目 Major Subjects			
研究期間 Period of research	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 From: (Y) (M) (D) To: (Y) (M) (D)		
最終出身学校名 Latest Educational Background	大学名 卒業 大学 学部 学科 年 月 修了 Univ. Department Subject (Graduation) (Y)/(M)		
国籍 (外国籍のみ記入) Nationality	入学後の診療行為の有無 Practice medicine while conducting research	有・無 Yes / No	
連絡先 Address in Japan (contact address for receiving information from Gunma University without fail)	〒 TEL:		
勤務先名 Name of your workplace			
勤務先所在地 Address of your workplace	TEL:		

※ 連絡先・勤務先名は、入学日の現住所・勤務先を記入すること。

※Information of address in Japan and your workplace must be as of entrance day.

履 歴 書 Curriculum Vitae	
本籍地 Nationality	
現住所 Current Address	
氏名・生年月日 Name / Date of Birth	年 月 日生 (Y) / (M) / (D)
学 歴 Educational Background 高等学校以降 (From Upper Secondary School)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
職 歴 Carrier Background	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
年 月 日 (Y) / (M) / (D)	
免許 (医療関係) : Medical license	年 月 日取得 obtained (Y) (M)
免許 (医療関係) : Medical license	年 月 日取得 obtained (Y) (M)
学 位 : Degree	年 月 日授与 conferred (Y) (M)
賞 罰 Reward and Punishment	
上記のとおり相違ありません I hereby promise described above is sincere.	
年 月 日 (Y) (M) (D)	氏名 Name
	⑩ signature

就学承諾書

Written approval for entering school

氏 名 _____

Name of applicant

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

Date of Birth _____ Year _____ Month _____ Day

職 名 _____

Position at the company

上記の者が、 _____ 年度群馬大学（医学部・大学院）の研究生として就学することを承諾します。

I approve that above person will enter the Gunma University as a research student of the Faculty of Medicine or the Graduate School.

_____ 年 _____ 月 _____ 日
(Year) (Month) (Day)

群馬大学長 殿

Dear President of Gunma University,

所属長又は任命権者 _____ 印

Name of supervisor appointer of the company _____ signature

所属機関 _____

Name of the company

所在地 _____

Address of the company

電話番号 _____

Telephone No. of the company

医学部 (医 学 科 ・ 保 健 学 科)

大学院 (医学系研究科 ・ 保健学研究科) **研 究 生 在 学 期 間 延 長 願**

Application form to extend the period of enrollment as a research student
of Faculty of Medicine(School of Medicine/ School of Health Sciences)
of Graduate School of Medicine/ Graduate School of Health Sciences

年 月 日
Year Month Day

群馬大学長 殿

Dear President of Gunma University,

本 人 氏 名 印
Applicant Name signature

指導教授 氏名 印
Name of supervisor

年 月 日在学期間満了予定のところ引き続いて研究の必要があり
ますので、在学期間の延長について許可をお願いします。

Because I need to keep on researching even though my period of enrollment will be expired on
(Y)/ (M)/ (D), I apply to expand the period of enrollment.

入 学 年 度 Year of entrance	年度
氏 名 Name 生 年 月 日 Date of Birth	(フリガナ) Please write the pronunciation of your name in KATAKANA 年 月 日生 (男・女) (Y) (M) (D) (Male/ Female)
最終出身学校名 Latest Educational Background	大学名 卒業 大学 学部 学科 年 月 修了 Univ. Department Subject (Graduation) (Y)/(M)
専 攻 科 目 Major Subjects 研 究 期 間 Period of research	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 From: (Y) (M) (D) To: (Y) (M) (D)
在学延長年月 Extend until	平成 年 月 日まで I would like to extend the period until .
連 絡 先 Current Address	〒 TEL:
勤 務 先 Work Place	Name : Address : TEL:

- ※ 1. 現住所・勤務先名は、入学日の現住所・勤務先を記入すること。
2. 博士 (論文博士) の学位を授与されている方は申し出てください。 3. 授業料は完納してあること。
※1. Information of address in Japan and your workplace must be as of application day.
2. If you were conferred the doctoral degree by thesis only, please let us know.
3. You must have paid all tuition fee so far.

退 学 願

Application for withdrawal

年 月 日
Year /Month /Day

群 馬 大 学 長 殿
Dear President of Gunma University,

研究生氏名 ㊟
Name of student signature
指導教授氏名 ㊟
Name of supervisor

下記の事由により退学したいので許可をお願いします。
I would like to leave school for the following reason, so please give me a permission.
記

1. 退学の事由
Reason for withdrawal

2. 退学年月日 年 月 日
The date of withdrawal (Y) (M) (D)

※(専攻科目名:)
入学年度 平成 年 月 日入学
期間満期予定日 平成 年 月 日

※(事務担当者記入)

授 業 料 納 入 状 況	
年度	期分(月分)
<input type="checkbox"/> 納入済	<input type="checkbox"/> 未 納

整理番号

保 証 書

年 月 日

債 務 者	学 部 等		学 籍 番 号					
	フリガナ							
	現 住 所							
	フリガナ						年 月 日	生
	氏 名						印	

上記の者が在学中、貴学に納付すべき授業料及び寄宿料（学生寮に入寮又は国際交流会館に入居を許可された場合）の債務の履行に関し、私が本人と連帯してその責を負うことを保証いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ		債 務 者 と の 統 柄		
	氏 名		印		
	現 住 所	郵便番号 (数字で記入)	都 道 府 県 名	電 話 番 号	
		-		()	
		住 所			
		(フリガナ)			

出納命令役

群馬大学財務部長 殿

保証書

Written Guarantee

年 月 日

Year Month Day

Student Information

債務者	学部等	Name of Department	学籍番号	Blank
	フリガナ			
	現住所	Current Address		
	フリガナ 氏名	Nam of Applicant	Signature	年月日生 Date of Birth

上記の者が在学中、貴学に納付すべき授業料及び寄宿料（学生寮に入寮又は国際交流会館に入居を許可された場合）の債務の履行に関し、私が本人と連帯してその責を負うことを保証いたします。

Guarantor Information

連帯保証人	フリガナ 氏名	Name of Guarantor	Signature	債務者との続柄
	郵便番号	Postal Code	都道府県名	電話番号
			Prefecture / Nation	Tel No.
	現住所	住所		
	(フリガナ)	Current Address		

出納命令役

Dear Director of Finance, Gunma University

群馬大学財務部長 殿

I will guarantee that I will be jointly liable for the payment of tuition and dormitory fee to be paid to the university by the above person.