

整理番号NO.

<p>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)</p> <p>群馬大学 大学院 (医学系研究科 ・ 保健学研究科)</p> <p>Application form</p> <p>Research student of Faculty of Medicine(School of Medicine/ School of Health Sciences) Graduate School of Medicine/ Graduate School of Health Sciences</p> <p>Date: 年 月 日 (Y)/ (M) / (D)</p> <p>群馬大学長 殿 Dear President of Gunma University,</p> <p>本人 氏名 Applicant Name signature</p> <p>紹介教授 氏名 Professor' s Name introducing the applicant signature</p> <p>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.</p>			
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) (D) (Male/ Female)	
専 攻 科 目 Major Subjects			
研 究 期 間 Period of research	自 年 月 日 From: (Y) (M) (D)	～ 至 年 月 日 To: (Y) (M) (D)	
最終出身学校名 Latest Educational Background	大学名 Univ.	学部 Department	卒業 卒業 学科 年 月 修了 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 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

Applicant Name signature

指導教授 氏名

Name of supervisor signature

年 月 日在学期間満了予定のところ引き続き研究の必要があり
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	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 signature

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 年 月 日入学

期間満期予定日 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									

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								
	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.

健康診断書

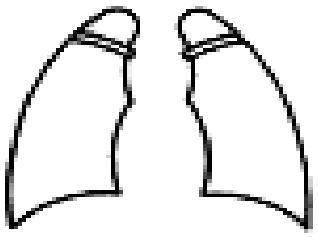
(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH

(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	Surname 姓		Given name 名		Middle name ミドルネーム	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年	月	日
				yyyy	mm	dd

1. 身体検査 Physical examination						
(1)身長 Height	cm		(2)体重 Weight	kg		
(3)血圧 Blood pressure	mmHg		(4)血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB
(5)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular	<input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired	<input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(6)視力 Eyesight	裸眼 Without glasses	(右) (R)	(左) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	矯正 With glasses or contact lenses	(右) (R)	(左) (L)	(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired

2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)							
	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.		撮影年月日 Date of X-ray	年	月	日	
			フィルム番号 Film No.	yyyy	mm	dd	
			(1)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
			(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired			

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease
---	---

4. 検査 Laboratory tests						
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood			
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	白血球数 WBC count	血色素量 Hemoglobin	貧血 Anemia		
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	GOT (AST)	γ-GTP			

5. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health 継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。 Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.
--

6. In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan? 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか？ <input type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> NO (いいえ) ※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application. 必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大使館は申請を受理しません。	日付 Date
	医師署名 Physician's Signature
	検査施設名 Office/Institution
	所在地 Address