Form A **東北大学未来型医療創造卓越大学院プログラム　履修願書　2023年10月期**

\*\*\* Graduate School, Tohoku University, Fall term 2023

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ/Kata-kana | | | | | | | | 顔写真  (カラー)  Photo |
| ,  姓 / First Name 　　　　　名 / Given name　　　 Middle Name | | | | | | | |
| □　男/Male  □　女/Female | | | | 年齢（2023年10月1日時点）/Age (at October 1st, 2023)  　　　　　　　歳/years-old | | | |
| 国籍/Nationality | | | |  | | 在留資格  Status of residence | □留学□留学以外  Study abroad / Other |
| 生年月日/Birth date | | | | 年/Year　　　　月/Month　　　　日/Day | | | |  |
| 研究科/Graduate School　　　　　　　　　　　　　　専攻/Major  　　　　　　　　　　　　　　分野/Dept.. 1st year student Tel:  入学(見込)年月　　年　　月/Date of enrollment　　指導予定教員Supervisor: | | | | | | | | |
| □博士課程前期2年/Master course　□修士課程/Master course　 □医・歯・薬学履修課程/Doctoral course  □博士課程後期3年/Doctoral course | | | | | | | | |
| 大学院入試区分 | | | □社会人選抜　□社会人選抜以外 Special Selection of Career-Track Working Applicants/Other | | | | | |
| 国家資格等National qualification, etc | | | | | (　　年　　月取得(見込))(Expected)acquisition date | | | |
| 第1希望から第3希望のコースを記入してください。Please fill in the 1st to 3rd choice courses  Data Scienceコース【　　希望】・Technologyコース【　　希望】・Societyコース【　　希望】 | | | | | | | | |
| 本人連絡先  / Contact | 住所/Address　〒  電話/Phone - - 　　 E-mail @ | | | | | | | |
| 緊急連絡先/Emergency contact | | 氏名/Name 　　　　　　　　　　　　　　　関係/Relation  電話/Phone - - E -mail @ | | | | | | |
| 奨学金/Fellowships | | □　無し/None | | |  | | | |
| □　有り/Existence | | | 名称/Name of foundation:  支給期間/Term of foundation:  支給額（円・＄）/Amount in Yen or US dollers: | | | |
| 他のプログラムとの併願の有無/Application for other programs | | □無し/None | | |  | | | |
| □有り/Existence | | | □東北大学学際高等教育院　修士教育院生/ 博士教育院生  Div.for Interdisciplinary Advanced Research and Education Tohoku Univ. | | | |
| □国際共同大学院 International Joint Graduate School Program ( 　 　　　　　　　 　　　　　 ) | | | |
| □卓越大学院 Doctoral Program for World-leading Innovative & Smart Education ( 　　　　　　　 　　　　　 ) | | | |
| □その他/others　( 　　　　　　　 　　　　　　　　　　) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名/Applicant Name | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  　 姓/Family name 　名/Given name 　　　 Middle name | | | | | | | | |
| 学歴/Educational Background | | | | | | | | | | |
|  | 学校名  Name of the School | | | 入学・卒業年月  Period of Education:  from (month, year)  to (month, year) | | 取得学位  Obtained Degree | | | 学位取得日  Conferred Date ( dd / mm / yyyy ) | |
| 中等教育（高校）  high school |  | | | from ,  to , | |  | | | / / | |
| 高等教育（大学）  University | 大学 | | | from ,  to , | |  | | | / / | |
| 学部　　　　学科 | | |
| 高等教育(大学院)  graduate School | 大学院 | | | from ,  to , | |  | | | / / | |
| 研究科　　　　専攻 | | |
| その他  Other |  | | | from ,  to , | |  | | | / / | |
| 職歴/Professional Background \*　欄が不足する場合は別紙に記載してください(様式任意) | | | | | | | | | | |
| 企業等名  Full name of Company/ Organization | | 所在地  Location  (City/ State/ Country) | | | 雇用期間  Period of Employment  from (month, year)  to (month, year) | | 職位  Position | | | 職種  Type of Work |
|  | |  | | | from ,  to , | |  | | |  |
|  | |  | | | from ,  to , | |  | | |  |
|  | |  | | | from ,  to , | |  | | |  |
| 留学経験等/Experience in study abroad　欄が不足する場合は別紙に記載してください(様式任意) | | | | | | | | | | |
| 留学先  Study abroad destination | | | 研修内容等  Training content | | | | | 留学期間  Period of study abroad  from (month, year)　 to (month, year) | | |
|  | | |  | | | | | from ， 　to ， | | |
| 上記の記載内容に相違ありません。  By signing below, I certify that the information presented in my application is accurate, complete, and honestly presented.  **申請年月日/Date:** / 　 / 　 　　  **署名/Signature** : | | | | | | | | | | |

■私は、未来型医療創造卓越大学院プログラムの趣旨に基づき、修士および博士課程の合計5または6年間（または博士課程後期の3年間・博士履修課程の4年間）、本プログラムを履修することを約束いたします。また、プログラム生として氏名や所属が公表されることを承諾します。

■Based on the purpose of FMHC, I promise to take this program for a total of 5 or 6 years (3or4 years of doctoral course) of master's course and doctoral course. Furthermore, I agree that my name and affiliation will be announced as a student of the program.

■私は、ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑｳｪﾌﾞｻｲﾄ掲載の「出願されるみなさまへ」をすべて読み、承知したうえで出願いたします。

■ I confirm that I have read and understood the application guidelines of this program posted on the program website, and I hereby apply for this program.

日付/Date: / / 　　　署名/Signature:

**注意Notes:** 「署名」以外の部分は、手書きを不可とします。Do not handwrite on this form except for the signature part.署名後、PDF化して提出してください。After signing the form, please submit it in PDF format.