Form A **東北大学未来型医療創造卓越大学院　履修願書　2024年4月期**

\*\*\* Graduate School, Tohoku University, Spring term 2024

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ/Kata-kana | 顔写真(カラー)4×3 cmPhoto |
| 　 　 , 　 　 　 姓 / First Name 　　　　　名 / Given name　　　 Middle Name  |
| □　男/Male□　女/Female | 年齢（2024年4月1日時点）/Age (at Apr. 1st, 2043)　　　　　　　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　(Medical Science)□博士課程後期3年/Doctoral course　□医・歯・薬学履修課程/Doctoral course(medicine、dentistry and pharmacology) |
| 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 coursesData 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 \* |
| 企業等名Full name of Company/ Organization | 所在地Location (City/ State/ Country) | 雇用期間Period of Employmentfrom (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 |
| 留学先Study abroad destination | 研修内容等Training content | 留学期間Period of study abroadfrom (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.

署名/Signature: 　　 　　　　 　日付/Date: / /

**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.