Form A

**東北大学未来型医療創造卓越大学院　履修願書　2019年10月期**

\*\*\* Graduate School, Tohoku University, Fall term 2019

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ/Kata-kana | 写真（裏に氏名を記入）4×3 cmPhoto (write your name on the backside) |
| 　 　 , 　 　 　 姓 / First Name 　　　　　名 / Given name　　　 Middle Name  |
| □　男/Male□　女/Female | 年齢（2019年10月1日時点）/Age (at Oct 1st, 2019)　　　　　　　歳/years-old |
| 国籍/Nationality |  |
| 生年月日/Birth date | 　　　 　 年/Year　　　　月/Month　　　　日/Day |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　研究科/Graduate School　　　　　　　　　　　　　　専攻/Major　　　　　　　　　　　　　　分野・研究室/Dept.·Lab. 1st year student Tel: □修士・前期課程/Master course　 □医・歯・薬学履修課程/Doctoral course　　□MD-PhD course |
| 興味のあるコースをチェックしてください。Please check the course you are interested in□Data Scienceコース　　　　　□Technologyコース　　　　　□Societyコース |
| 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:  |
| 名称/Name of foundation:支給期間/ Term of foundation:支給額（円・＄）/Amount in Yen or US dollers: |
| 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　( 　　　　　　　 　　　　　　　　　　) |

■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 (or 4 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.

署名/Signature: 　　 　　　　 　日付/Date: / /

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | from ,  to ,  |   |  / / |
| その他Other |  | from ,  to ,  |   |  / /  |
| 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 ,  |  |  |
| 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 ，　 　 |
|  |  | 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** : 　  |

**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.

Form B

|  |
| --- |
| 学籍番号 (または研究科の受験番号) /Student ID or Examinee number : 氏名/Name:  |

**出 願 理 由 書**

**Letter of application**

1. あなたが「未来型医療創造卓越大学院プログラム」に応募する理由を，これまでの研究内容や自分の将来像（どのように未来型医療に貢献しようと考えているのか）などを踏まえて，記載してください。（12 point）

 Describe the reasons why you apply for this program based on your previous research works and your perspectives (how you want to contribute to future medicine). (12 point)

|  |
| --- |
|  |

(2) あなたの今後の研究計画を記入してください。また、あなたの研究課題において，本プログラムと融合することで期待できる結果を記入してください。（12 point）

 Describe your research plan together with several possible results that you expect to obtain by the integration with this program. (12 point)

|  |
| --- |
|  |

Form C

**推　薦　書**

**Letter of recommendation**

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、学生が各種活動に参加することを理解し、本学生が修士および博士課程の合計5年間または6年間（または博士履修課程の4年間）、本プログラムを履修することを確認したうえで、下記のとおり推薦いたします。

■出願者（被推薦学生）氏名：

研究科・専攻名：　　　　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　　　　　　　専攻

■推薦者氏名：

所属部局：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名：

■被推薦学生の資質、研究テーマと本プログラムの関連性について記載してください。

|  |
| --- |
|  |

■推薦者確認事項・署名

　　□ 当該学生がプログラムの各種セミナーや授業、プログラムファシリテーター教員との面談に参加することについて、了承します。

　　□ 当該学生がバックキャスト研修など、プログラムに必要な研修に参加することについて、了承します。

推薦者署名: 　　 　日付:

**※推薦書は「厳封」のうえ出願者へお渡しください。**