

北海道大学大学院 獣医学院, 国際感染症学院 博士課程 入学願書

Admission Application for Doctoral Program

Graduate School of Veterinary Medicine / Graduate School of Infectious Diseases, Hokkaido University

入学を希望する 大学院 Graduate School	<input type="checkbox"/> 獣医学院 Veterinary Medicine	<input type="checkbox"/> 国際感染症学院 Infectious Diseases	受験番号(記入不要) Examinee number (leave blank)
入学時期 Admission Period	<input type="checkbox"/> 令和4年4月 April 2022 <input type="checkbox"/> 令和3年10月 October 2021		写真貼付 出願前3ヶ月以内 撮影正面脱帽像 (縦4cm×横3cm) Attach a photograph taken within the past 3 months 4cm (H) × 3cm (W)
入試区分 Selection Category	<input type="checkbox"/> 一般選抜 General Selection <input type="checkbox"/> 自学部外(日本人)特別選抜 <small>※自学部外(日本人)特別選抜で出願する方は下記にも✓すること</small> <input type="checkbox"/> 私は、本区分で出願し合格した場合は、卓越大学院プログラムに参加することを理解しています。		
フリガナ Katakana script		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
志願者氏名 Full name in native language		生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day
英字氏名 Full name in English	Family, First, Middle	出願資格 番号 Applicant Qualifications	※募集要項の出願資格を参照し、該当する番号を記載すること。出願資格(5)、(6)、(7)及び(8)に該当する場合は出願資格審査を必要とします。
本籍・国籍 Nationality	※日本人は都道府県名を記載すること。		
留学生区分 ※Only for foreign student	<input type="checkbox"/> 国費外国人留学生 (MEXT Scholarship) <input type="checkbox"/> 自国政府派遣留学生 (Scholarship from your home government) <input type="checkbox"/> 私費留学生 * (Self-supported)		
最終学歴 Final academic background	(大学・大学院名) University (学部等) Faculty / School (専攻) Division / Major (課程) Course 卒業/修了(予定)日 年 月 日 Date of graduation (expected) Year Month Day		
希望指導教員名 Expected Supervisor name		指導教員の 事前承諾確認 Approval on the submission from supervisor	承諾済み Approved (受験の承諾を受けて、 ○で囲んでください。) (Circle after obtaining approval)
志望教育研究分野 Field of education/research			
試験 科目 Examination subjects	【一般選抜】 General Selection 【自学部外(日本人)特別選抜】 <small>(志願者が記入すること)</small>		【社会人入試】 小論文 口述試験
	専門科目 Major subject		
	口述試験 Oral examination		
受験のための 本人連絡場所 Contact information of the applicant	〒 () 必ず郵便物が届く住所、必ず連絡がつく電話番号を記入してください。 Be sure to provide the correct address and telephone number where you can be contacted during the day. Tel () E-mail ()		
【獣医学院入学希望者のみ】 臨床重点トラックでの修学希望有無 Applicable for Vet licence holder in Japan		<input type="checkbox"/> 修学を希望する <input type="checkbox"/> 修学を希望しない	
上記のとおり相違ありません I hereby declare that the above statement is true and correct. 日付 Date 年 Year 月 Month 日 Day 氏名 (署名) Signature _____			

* 民間団体奨学金, JICAを含みます。(including scholarship offered by the private organization and scholarship offered by JICA)