

# 大阪大学大学院 生命機能研究科 研究生 入学願書

## Application for Enrollment as a Research Student

申請者は太枠のみの記入をお願いします。Applicants are required to fill out the thick boxed area.

受入教員名 Name of the prospective supervisor	(署名又は印) (Signature or Seal)			写真貼付欄 Photo (3ヶ月以内に撮影) (Taken within 3 months) 縦 4.0cm×横 3.0cm Vertical (4.0cm) × Horizontal (3.0cm)
安全保障輸出管理について、研究室にて「事前確認シート」確認済みですか？ <input type="checkbox"/> はい				
	姓 Family Name	名 First Name	ミドルネーム Middle Name	
フリガナ Japanese Syllabary				
氏名 Name				
英字氏名 Name in English				
性別 Sex	本籍(都道府県名)／国籍 Nationality		生年月日(西暦) Date of Birth	E-mail
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female			*YYYY/MM/DD / /	
現住所 Correspondence Address	〒 Zip code			電話番号 Phone Number
研究希望期間 Desired Research Period	*YYYY/MM/DD~YYYY/MM/DD / / ~ / /			
研究題目 Title of Your Research				
志望理由 The reason for the application				
博士課程への入学希望有無 Do you wish to enroll in the doctoral program at the Graduate School of Frontier Biosciences?				
出願資格(出願要項の「出願資格」のうち、該当する番号を記入してください。) Qualification (Write the corresponding number under 'Qualification for Application' in the Application Guidelines)				

外国人志願者記入欄 Sections for Foreign Applicants				
留学区分 Status of student	<input type="checkbox"/> 国費 MEXT <input type="checkbox"/> 外国政府 Foreign Government <input type="checkbox"/> 私費 Privately financed			
AAD(アドミッション支援デスク)申請日 Date of application to AAD	*YYYY/MM/DD / /			
日本語能力 Japanese Proficiency ※該当するものに✓ Check the applicable boxes.	優 Excellent	良 Good	可 Poor	不可 None
読み/Reading				
書き/Writing				
聞き取り/Listening				
会話/Conversation				
日本語学習機関/Name of Japanese Language School				
日本語学習期間/Period of Studying Japanese				
日本在住の近親者又は知人等 Relatives or acquaintances living in Japan				
氏名 Name	続柄 Relationship	現住所 Address		

## 履 歴 書 CV

学歴・研究歴・職歴 Educational / Research Background / Employment Background	所属期間 Period (YYYY/MM/DD)	学校(勤務先)・学部(研究科)・学科(専攻)・取得学位 等 Name of Institution / Faculty (Graduate School)/Major/Degree Awarded
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	
	／ ／ ／ ／	

- 注)
- ・大学卒業から現在に至るまでの履歴を全て(学部・学科・部署等も含めできるだけ詳細に)記入してください。
  - ・外国人の志願者については、小学校入学から現在に至るまでの履歴を全て記入してください。

NOTE :

- ・Please write your complete educational background (in order from elementary school to the last school you attended for the applicants who are from overseas) and your employment background, without omission.

# 学 資 計 画 調 書

## Statement of Financial Plan

\*外国の大学・大学院を卒業・修了した外国人の出願者（見込を含む）のみ提出してください。  
\* Only foreign applicants who have graduated or completed overseas universities or graduate schools (including prospective graduates) are required to submit this form.

在学期間中の学資計画 （証明する書類を添付してください）  
Financial plan during your period of study (please attach documents to certify)

本国からの送金 Remittance from home country
日本在住の保証人等からの学資援助 Financial support from a guarantor or others residing in Japan.
奨学金等（以下に奨学金等名の名称をお書きください。） Scholarships, etc. (Please write the name of the scholarship(s) below.)
その他（以下に詳細をお書きください。） Others (Please provide details below.)

.....

## 誓 約 書

### Pledge

学資計画は上記のとおりで、在学期間中の学費を支弁できることを誓約します。  
I pledge that my financial plan is as described above and that I will be able to cover my educational expenses for the period of my enrollment.

西暦 Date (YYYYMMDD)	年 月 日
氏 名 Name	印

（本人自署の場合、押印は不要）  
(In the case of signature, no seal is required.)

# 確 約 書 Pledge

大阪大学大学院生命機能研究科長 殿

To the Dean of the Graduate School of Frontier Biosciences

私は、個人的意志において研究するため、貴研究科研究生として入学し、教員の指導を受けることを希望するものであることを確約します。

I hereby affirm my commitment to enroll as a research student at the Graduate School of Frontier Biosciences and to receive guidance from a faculty member for the purpose of conducting research of my own volition.

西暦 Date (YYYYMMDD)	年                  月                  日
氏 名 Name	印

(本人自署の場合、押印は不要)  
(In the case of signature, no seal is required.)

上記の者が当機関に在籍のまま、貴研究科研究生として入学し、研究することを承諾します。なお、これは、個人的意志に基づくものであり、当方の事業目的追求のために派遣するものではないことを確約します。

We hereby consent to the individual mentioned above enrolling as a research student in your department while remaining enrolled at our institution, to conduct research. We affirm that this is based on personal will and is not intended for deployment for the pursuit of our institution's objectives.

西暦 Date (YYYYMMDD)	年                  月                  日
所属機関名 Affiliation	
所属機関所在地 Affiliation Address	
代表者職・氏名 Representative's Title and Name	職印 Official Seal of the Representative