

受験番号	
------	--

弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻（博士後期課程）  
外国人留学生特別選抜入学志願票  
（2027年度入学）

志望領域			
被ばく医療コース選択の有無	被ばく医療コースを <input type="checkbox"/> 選択する <input type="checkbox"/> 選択しない (該当するものにチェックしてください。[※1])		
氏名	ローマ字	Family Name	First Name
	フリガナ		
	漢字 (母国語)[※2]		
生年月日(年齢)	西暦 年 月 日生 ( 歳)		
国籍		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出身大学等	大学		
	学部		
	学科		
	卒業年月日	西暦	
大学院名等	大学大学院	大学	大学院
	研究科		
	専攻		
	修了年月日	西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 修了 (該当するものにチェックしてください。)	
現住所 [※3]	〒		
	電話		ファックス
	e-mail アドレス		
希望主指導教員 [※4]	氏名		
希望受験方法	<input type="checkbox"/> オンライン口述試験による選抜希望あり 理由		※この欄は記入しないでください。 <input type="checkbox"/> 私費留学生 <input type="checkbox"/> 国費留学生 <input type="checkbox"/> 政府派遣留学

[※1] 当該コースを選択する場合、希望主指導教員の了解が必要となります。

[※2] 外国人留学生は、氏名の漢字欄に姓・名の順に母国語で記入してください。

[※3] 「現住所」は、入学決定までの通信を受ける場所を記入し、変更した場合は、速やかに届け出てください。

[※4] あらかじめ希望主指導教員の下承を得てください。