2025年度

様式２

　　　＊大学院使用欄（記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ＊ |

国際医療福祉大学大学院　医学研究科

**留学生個人票**

**※留学生は日本語で記入の上、必ず提出のこと**

**※領域は医学専攻志望者のみ記入**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課程・専攻  分野・領域 | | | １．博士課程　医学専攻  ２．専門職学位課程　公衆衛生学専攻 | 分野 | | | | 性別 |  | |
| 領域 | | | | 国籍 |  | |
| 氏 名 | | アルファベット | 姓　（FAMILY NAME） | | | | 名　（FIRST NAME、MIDDLE NAME） | | | |
| ※パスポート上での表記にて大文字で記入 | | | |  | | | |
| カタカナ |  | | | |  | | | |
| 漢 字 | ※漢字名がある場合のみ記入 | | | |  | | | |
| 現在の在留資格(国内在住者のみ)　※該当するものを〇で囲む | | | | | 留学　・ 就労 ・ 短期滞在 ・ その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **【 保護者 】** | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | フリガナ | | | | 住　所 | 〒      TEL： | | | | |
| 続柄（　　　　　　　　） | | | |
| **【 日本国内の緊急連絡先 】** | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | フリガナ | | | | 住　所 | 〒  TEL： | | | | |
| 志願者との関係（　　　　　　　　　　） | | | |
| 勤務先 |  | | | | 勤務先住所 | 〒    TEL： | | | | |
| 【 **学費および生活費負担者 】**※志願者本人が負担する場合は、志願者本人がﾞ署名してください｡ | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | フリガナ | | | | 住　所 | 〒    TEL： | | | | |
| 志願者との関係（　　　　　　　　） | | | |
| 勤務先 |  | | | | 勤務先住所 | 〒  TEL： | | | | |
|  | 上記志願者が貴大学院に入学した際は、学費および生活費等について私が責任を持って負担します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 | | | | | | | | | |

**【 家族状況 】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名（カタカナ） | 続柄 | 年令 | 職　業 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |