

2025年度 岡山大学大学院保健学研究科(博士前期課程)入学願書
APPLICATION FOR ADMISSION (MASTER'S COURSE)
AY 2025 OKAYAMA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

Please type or write in Japanese or English in block letter		受験番号 Examinee's Number	*Office use only
フリガナ			
氏名 Name	FAMILY GIVEN MIDDLE		
生年月日 Date of Birth	Year Month Day		
性別 Sex	男 Male *Circle the appropriate answer.	女 Female	国籍 Nationality
志望分野 Desired Department			
志望サブプログラム Desired Course			
指導教員氏名 Prospective Supervisor			
学歴 Educational Background	(Undergraduate Level) Country University Faculty Department Graduated • Expected to graduate Year Month Day *Circle the appropriate answer.		
現在の勤務先 Present Employment	(出願時に勤務している方は必ず記入してください。Please make sure to fill in this field if applicable to you)		
現住所 Present Address	Postal Code	Phone number + () -	Mobile Phone number + () - E-mail Address

注意事項 Note

※「学歴」欄が不足の場合は、裏面に追加記入してください。

If there is not enough space for the "Educational Background" field, please use the space on the reverse side of this form.

入学検定料支払証明書貼付用紙

EXAMINATION FEE PAYMENT CERTIFICATE SUBMISSION FORM

入学検定料の支払後にダウンロードできる書類を印刷し入学検定料支払証明書を点線に沿って切り取り、以下へ貼付してください。

Please print the document that can be downloaded after the payment of the examination fee, cut the receipt of examination fee payment certificate along the dotted line, and affix it to the below.

この部分に糊を付け 剥がれないように 貼り付けてください。
Please apply glue to the outlined area above and affix the receipt here.

受験票 Examination Ticket (Form M-2)

2025

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES (MASTER'S COURSE)

受験番号 Examinee's Number	※		
志望分野 Desired Department			
志望サブプログラム Desired Course			
(フリガナ) 氏名 Name			
生年月日 Date of Birth	year 年	month 月	day 日
		Male 男	Female 女
出願資格 Category	外国人留学生特別入試 Special Selection for International Students		

写真 貼付欄 縦4cm×横3cm Photograph 4cm×3cm

注意事項 Note

(1) ※欄は記入しないこと。

Column(※) for "Examinee's number" is for an office use only

(2) 上半身、脱帽、正面向きで出願前3か月以内に撮影した写真（縦4cm、横3cm）を「写真貼付欄」へ貼付すること。

Affix a photograph (4am x 3cm) taken within 3 months of application, without a hat, facing front. Make sure to write your name and nationality in block letters on the back of the photo.

写真票 Photo Ticket

2025

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES (MASTER'S COURSE)

受験番号 Examinee's Numbe	※		
志望分野 Desired Department			
志望サブプラム Desired Course			
(フリガナ) 氏名 Name			
生年月日 Date of Birth	year 年	month 月	day 日
		Male 男	Female 女
出願資格 Category	外国人留学生特別入試 Special Selection for International Students		

写真 貼付欄 縦4cm×横3cm Photograph 4cm×3cm

注意事項 Note

(1) ※欄は記入しないこと。

Column(※) for "Examinee's number" is for an office use only

(2) 上半身、脱帽、正面向きで出願前3か月以内に撮影した写真（縦4cm、横3cm）を「写真貼付欄」へ貼付すること。

Affix a photograph (4am x 3cm) taken within 3 months of application, without a hat, facing front. Make sure to write your name and nationality in block letters on the back of the photo.

受験番号 Examinee's Number	※
志望分野名 Desired Department	
志望サブプログラム名 Desired Course	

研究業績等調書 List of Research Achievements

氏名

Name _____

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES (MASTER'S COURSE)

2025

著書、学術論文、研究発表、特許等の名称 Publications, Academic Theses, and Research Publication, Patents, etc.	発行又は発表の年月日 Date of issue or announcement	発行所、発表雑誌等又は発表学会の名称 Name of publisher, journal, and conference	共著者又は共同発表者 (本人を含む。) Co-author(s) or co-presenter(s) (including yourself)
著書 Publications			
学術論文 Academic Theses			
学会発表（施設内発表を含む。） Conference Presentations			
その他 Other			

注意事項 Note

- (1) ※欄は、記入しないこと。 Column(※) is an office use only
- (2) 本様式に書き切れない場合は、同様の形式のものを付加してください。
Write in a similar format and attach if all the information cannot be written in this form.
- (3) 「著書、学術論文、研究発表、特許等の名称」の欄は最新のものから順に記載してください。
In the "Publications, Academic Theses, Conference Presentations, and Patents" column, list the most recent first.
- (4) 「共著者又は共同発表者名」は著書、学術論文、研究発表等の順に次記載し、筆頭者には○印を

付け自分の名前に下線を付してください。

The names of "Co-authors or co-presenters" should be listed in the order of books, academic theses, research presentation, etc. with the first author's name circled and the applicant's name should be underlined.

- (5) 研究業績等が無い場合は、本調書の「著書、学術論文、研究発表、特許等の名称」欄に「無し」と記載してください。

なお、臨床経験者にとっては、臨床経験の概要（様式は問いません。）を添付してください。

If there are no research achievements, please write "None" in the "Names of books, academic theses, research presentations, and patents" column of this statement.

If you have clinical experience, please attach a summary of your clinical experience (any format is acceptable).

(両面印刷 Double-sided printing)

受験番号 Examinee's Number	※
---------------------------	---

受験許可書 Exam Permit

Name
氏名 _____

Date of Birth
生年月日 年 月 日

上記の者が、2025年度岡山大学大学院保健学研究科博士前期課程の入学試験を受験することを許可します。

The above-mentioned applicant is permitted to take the entrance examination for the Master's Course of the Graduate School of Health Sciences, Okayama University for the academic year 2025.

Year Month Day
年 月 日

岡山大学大学院保健学研究科長 殿
To Dean of Graduate School of Health Sciences, Okayama University

勤務先又は在学先
Place of employment or school _____

所属長又は代表者氏名
Name of head or representative _____

注意事項 Note

- (1) 官公署、民間会社、病院等に勤務している方、又は他大学等に在学している方（卒業見込み・修了見込みの方は除く。）のみ提出してください。
Please submit this form only if you are employed at a public agency, company or hospital or are enrolled at another university (except for those who are expected to graduate).
- (2) ※欄は記入しないでください。
Column(※) is for an office use only

2025年度 岡山大学大学院保健学研究科（博士前期課程）
入学試験出願資格認定申請書
AY2025 GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES (MASTER'S COURSE)
Application Form for Preliminary Screening of Eligibility for Admission Qualification

year month day
年 月 日

岡山大学長 殿
To President, Okayama University

申請（出願希望）者 Applicant

（フリガナ）

氏名 Name _____

生年月日 Date of Birth _____
Year Month Day
年 月 日

志望する分野名 Desired Department _____

志望するサブプログラム名 Desired Course _____

志望する指導教員名 Prospective Supervisor _____

住所（審査結果等連絡先） Mailing address for receipt of the result

Postal Code

Phone number

+ () -

Mobile Phone number

+ () -

E-mail Address

<事前審査を希望する出願資格 Eligibility to apply for preliminary screening>

募集要項を参照の上、該当出願資格に”レ”を付してください。

Refer to the application guideline and place an "レ" in the appropriate eligibility requirement.

○ 【外国人留学生特別入試 Special Selection for International Students】 (③ ④)

上記出願資格に関する最終学歴・研究歴等を以下に記入してください。

Indicate your last education and research experience related to the above eligibility to apply for entrance examination.

学歴 Academic Background		Year Month Enrolled 年 月 入学
		Year Month Graduated 年 月 卒業 Attending 在籍中
研究歴 Research Experience		Year Month ~ Year Month 年 月 ~ 年 月

以上

(両面印刷 Double-sided printing)

履 歴 書 (出願資格認定審査用)
CURRICULUM VITAE (For Preliminary Screening of Admission Qualification)

フリガナ			国籍 Nationality		
氏名 Name					
学歴 Educational Background	在学期間 Period of Attendance		学校名 Name of School	正規の修学年数 Standard Study Period (Years)	実際の修学年数 Duration of Actual Attendance (Years)
	入学 From	卒業 To			
	/ ~ /		Elementary School		
	Year / Month ~ Year / Month				
	/ ~ /		Lower Secondary School		
	/ ~ /		Upper Secondary School		
	/ ~ /		Undergraduate level		
/ ~ /		Graduate level (Master's course)			
/ ~ /					
職歴 Work Experience	勤務期間 Period of Employment		勤務先名 (身分等) Name of Organization, Position, etc.	年数 Period (Years)	
	採用 From	期間終了 To			
	/ ~ /				
	Year / Month ~ Year / Month				
	/ ~ /				
	/ ~ /				
研究歴 Research Experience	研究期間 Period of Research		研究機関 (身分等) Name of Research Organization, Status	年数 Period (Years)	
	採用 From	期間終了 To			
	/ ~ /				
	Year / Month ~ Year / Month				
/ ~ /					
/ ~ /					
日本語学習歴 Japanese Study Experience	学習期間 Period of Study		学習機関 Name of School/Institution,	年数 Period (Years)	
	入学 From	卒業 To			
/ ~ /					
Year / Month ~ Year / Month					

注意事項 Note

「学歴」は、小学校から記入してください。現在、在学中のものも含めてすべて記入してください。
Please include all your education from elementary school to the current school you are attending.

保健学研究科入学試験出願に伴う事前相談書

(Form M-B)

Pre-application Consultation Form for Application for Entrance Examination
Graduate School of Health Sciences

Application Date 申請日 Year 年 Month 月 Day 日

フリガナ 申請者氏名 Applicant's name			
生年月日 Date of Birth	Year 年	Month 月	Day 日
	性別 Sex	Male 男	Female 女
現住所 Present Address	Postal Code	Phone number: + () -	Mobile Phone number: + () -
		E-mail Address:	
志望分野 Desired Department			
志望サブプログラム Desired Course			
障がい等の程度 Level of disability			
受験上特別な配慮を希望する事項 Matters requiring special consideration for the examination			
修学上特別な配慮を希望する事項 Matters requiring special consideration in their studies			
フリガナ		申請者との続柄 Relationship to applicant	
保護者氏名 Parent/Guardian's Name			
住所 Parent/Guardian's Address	Postal Code	Phone number + () -	Mobile Phone number + () -
		E-mail Address	
備考 Remarks	日常生活の状況及び大学等でとられていた措置等 Daily living conditions and measures taken at the previous school, etc.		

注意事項 Note

- 1 医師の診断書を添付してください。 Please attach a doctor's certificate.
- 2 障害者手帳を交付されている方は、その写しを添付してください。
If you have been issued a disability certificate, please attach a copy of the certificate.
- 3 本相談書を提出後、出願前までにおいて、志望分野を変更する場合は、直ちに申し出てください。
If you wish to change your field of study after submitting this consultation form but before submitting your application, please notify the appropriate office immediately.