

博士課程(4年制)

年 月 日
Year Month Day

令和6年度 大阪大学大学院薬学研究科博士課程(4年制課程)入学願書

Application Form for the Doctoral Courses, Department of Medical Pharmacy (course terms of four years)

大阪大学総長 殿

To: President, Osaka University

貴大学大学院薬学研究科博士課程(4年制課程)に入学したいので、必要書類を添えて出願します。

I hereby submit my application form for acceptance to the Graduate School of Pharmaceutical Sciences, Osaka University
as a student of the Doctoral Course.

氏 名 [カナ] Name	*Please write in the same notation as your passport		
	[in Katakana]		
性 別 Gender	☐ 男(Male) ☐ 女(Female)	国 籍 Nationality	
生年月日 Date of Birth	年(Year) 月(Month) 日(Day)		
志 望 領 域 Names of lab you wish to major			
志 望 教 員 Names of lab head you wish to major		承 認 印 Approval Seal	
連 絡 先 Contact Information	住所/Address		
	E-Mail		TEL
修士学位論文題名 卒業研究題目名 Title of Master's Thesis Title of graduation research			

・※欄には記入しないでください。*Do not fill in.

・志望する教員と対面面談を行った場合：教員より「承認印」欄に押印をもらうこと。

If you have had a face-to-face interview with the professor of the laboratory of your choice, you must obtain the "Approval Seal" from the professor.

志望する教員とWEB面談を行った場合：「承認印」欄には面談を行なった日付を記入すること。

If you have interviewed with the professor of the laboratory you wish to apply for via the web, please write the date of the interview in the "Approval Seal".

学歴（初等教育機関入学以降を記入すること。） Academic record (Fill in after graduation from elementary school.)			
年	月		
Year/Month			
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
年	月		
学士又は修士の学位：_____の学位授与 Bachelor's or Master's degree			
年	月	日	
Year	Month	Day	
(大学名：_____ Name of University)			
研究歴 Research history			
年	月		
Year/Month			
年	月		
年	月		
職歴 Employment record			
年	月		
Year/Month			
年	月		
出願資格： Application qualification			
大学学部学科 大学大学院研究科専攻			
年	月	日	
Year	Month	Day	
Name of University		undergraduate/graduate program	department
		☐ 卒業 graduation	☐ 卒業見込 expected to graduation
		☐ 修了 graduation	☐ 修了見込 expected to graduation

検定料納入証明書貼付用紙

氏 名	
-----	--

貼

付

- (注) 1. 剥がれないように、枠内に糊付けしてください。
2. ※欄は記入しないでください。
3. **振込金(兼手数料)受領書**は貼付せず保管してください。

※受験番号	
-------	--

博士課程(4年制)

令和6年度 写真票

大阪大学大学院薬学研究科

受験番号	
ふりがな 氏 名	

写 真

上半身脱帽正面向き
で、3ヶ月以内に単身撮
影したものを貼付して
ください。

(縦4cm×横3cm)

外国人留学生特別入試	社会人特別入試

年 月撮影

----- 切りはなさないこと -----

令和6年度 受験票

大阪大学大学院薬学研究科

受験番号	
ふりがな 氏 名	

博士課程(4年制)

外国人留学生特別入試	社会人特別入試

※この用紙は切り離さず、A4サイズのまま提出すること。

あて名ラベル

入学試験関係書類送付に使用しますので、必要事項を記入してください。
住所は入学試験の情報が確実に届く受信場所を記入してください。
※印欄は記入しないでください。

住所 氏名 様	
※受験番号	

試験場所希望届

※国立医薬品食品衛生研究所との連携講座及び国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所（霊長類医科学分野、薬用植物資源学分野）を第一志望とする出願者のみ提出してください。

受験を希望する入試種別にチェックを入れ、希望する試験場のどちらかに○をしてください。

氏名 _____ 志望分野 _____

☐ 博士課程医療薬学専攻(4年制課程)社会人特別入試

☐ 博士課程医療薬学専攻(4年制課程)外国人留学生特別入試

試 験 場 所	大阪大学試験場	
	東京試験場 (国立医薬品食品衛生研究所)	

令和6年度
大阪大学薬学研究科
検定料納入証明書

金 額	¥ 30, 000
フリガナ	※
氏 名	※

1. 所定用紙に貼付してください。
2. 願書受理期限以降は無効となります。
3. ※印欄は必ず記入してください。



(ご依頼人 → 大学)

令和6年度
大阪大学薬学研究科 検定料
振込金 (兼手数料) 受領書

令和 年 月 日				手数料						
金 額					¥	3	0	0	0	円
先方銀行		三井住友銀行・豊中支店								
受 取 人	普通預金					7485106				
	大阪大学 薬学部									
ご依頼人 (氏名)	(フリガナ)									

上記金額、正に領収しました。

【取扱店】

銀行
支店



(取扱店 → ご依頼人)大切に保存してください

電信扱

令和6年度 大阪大学薬学研究科 検定料

振込依頼書

科 目	検 定 料 収 入
-----	-----------

ご依頼日	令和 年 月 日	電 信 扱	手 数 料				
先方 銀行	三井住友銀行・豊中支店		金 額			千	円
受 取 人	普通預金	7485106	通 貨				
ご 依 頼 人	オオサカダイク ヤクガク 大阪大学 薬学部		内 訳				
	氏名	(フリガナ) ※					
		(漢字) ※					
	住所	※ 電話 ()	振 替				
		領 収 又 は 振 替 印	3				
		送信番号					

※印欄は必ず記入してください
納入期限 令和6年7月8日～令和6年8月1日 (期限後の取扱い不可)
※必ず窓口で払い込み、ATMは利用しないでください。
(取引銀行へのお願い)収納印は必ず押印し、依頼人にお渡してください。

(取扱店保存)

手数料振込人負担