

年 月 日
Year Month Day令和8年度 大阪大学大学院薬学研究科博士後期課程（3年制課程）入学願書
Application Form for the Doctoral Courses, Department of Advanced Pharmaco-science (course terms of three years)

大阪大学総長 殿

To: President, the University of Osaka

貴大学大学院薬学研究科博士後期課程（3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, the University of Osaka 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	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 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			
年 月			
年 月			
学士又は修士の学位 : _____ の学位授与 年 月 日 Bachelor's or Master's degree 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 大学大学院 Name of University	学部 研究科 undergraduate/graduate program	学科 専攻 department
年 Year	月 Month	日 Day	
	<input type="checkbox"/> 卒業 graduation	<input type="checkbox"/> 卒業見込 expected to graduation	
	<input type="checkbox"/> 修了 graduation	<input type="checkbox"/> 修了見込 expected to graduation	

後

令和8年度 写真票 大阪大学大学院薬学研究科

受験番号	
フリガナ 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8年度 受験票 大阪大学大学院薬学研究科

受験番号	
フリガナ 氏 名	

後

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。

<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>		□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□		
住所									

氏名	様								
※受験番号									

<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table>		□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□		
住所									

氏名	様								
※受験番号									