【様式6 / Form 6】

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻（博士後期課程）

Division of Health Sciences (Doctoral Level Section of Integrated Course)

Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

**入 学 試 験 出 願 資 格 認 定 申 請 書**

**Application for Examination for Application Requirements**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入学期Entrance Period | 令和８年度４月期入学Enrollment in April 2026 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科長　殿  To: Dean of Graduate School of Health Sciences, Kanazawa University  　貴大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻（博士後期課程）入学者選抜試験に出願を希望します。  　I would like to apply for the admission examination for the Division of Health Sciences (Doctoral Level Section of Integrated Course), Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University.  　ついては，出願資格の認定を受けたいので，所定の書類を添えて申請します。  　Therefore, I would like to be certified as application Requirements, so I will apply with the prescribed documents.  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  Year　　Month　 Day  ふりがな  Kana  氏名  Name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署Signature）　　男(M) ・ 女(F)  生年月日Date of birth　　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳）  Year　　Month　 Day　　　　 Age  志望領域Division | | | | |
| 現住所  Current Address | 〒 | | TEL | －　　　－ |
|  | |
| 現職  Workplace | 勤務先  Name |  | | |
| 職名  Job Title |  | | |
| 所在地  Address |  | | |