

平成29年度 愛媛大学 外国人留学生のための 「研究生」出願要項（医学部用）

愛媛大学医学部学務課

愛媛大学医学部の研究生として入学を志望する場合は、医学部学務課の窓口にて、次のとおり出願等の手続きを行ってください。

【出願要領】

1. 出願資格等

(1) 出願資格

大学を卒業した者（入学時まで卒業見込みの者を含む）、又はこれと同等以上の学力があると認められた者で、特定事項について医学部において研究することを志願する者

【注】「これと同等以上の学力があると認められた者」の資格により出願できる者は、事前に出願資格認定申請を行い、認定された者としてします。

出願できる者は、短期大学、高等専門学校、専修学校、各種学校の卒業者で、専攻に関連した研究歴、職歴（教育、研究職等）を有し、22歳に達した者としてします。（職歴内容を証明する書類が必要）

出願資格認定申請を希望する者は、出願書類受付期間の1か月前には必要書類を愛媛大学医学部学務課に提出してください。

(2) 在学期間

在学期間は、1年以内です。ただし、研究上必要があると認められる場合には、在学期間を更新することができます。

（注）研究期間は当該年度の末尾（3月31日）までとし、引き続いて研究を希望する場合は、期間更新の手続きを行ってください。

2. 出願書類受付期間及び受付場所

(1) 出願書類受付期間

① 本人による出願（日本国内在住者）

【前学期】4月入学の場合 平成29年2月10日（金）まで
（土曜日、日曜日及び休日を除く毎日午前9時から午後5時まで）

【後学期】10月入学の場合 平成29年8月4日（金）まで
（土曜日、日曜日及び休日を除く毎日午前9時から午後5時まで）

② 代理人による出願（日本国外在住者）

【前学期】4月入学の場合 平成28年12月9日（金）まで
（土曜日、日曜日及び休日を除く毎日午前9時から午後5時まで）

【後学期】10月入学の場合 平成29年6月9日（金）まで
（土曜日、日曜日及び休日を除く毎日午前9時から午後5時まで）

※その他の月の入学希望者は、随時受付を行いますが入学希望日の3ヶ月前までに書類を提出してください。

(2) 出願書類受付場所

愛媛大学医学部学務課

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 TEL 089-960-5868 FAX 089-960-5133

※郵送での出願は受け付けません。必ず本人又は代理人が持参してください。

3. 出願手続

志願者は、あらかじめ、(1)の提出書類を整えて、予定する指導教員の面接を受け、研究生出願についての了承を得た後、書類を医学部学務課に提出してください。

なお、日本国外在住者が出願し入学する場合、大使館（自国）で査証（ビザ）発給申請の際、日本語能力を問われ、査証（ビザ）の取得ができない場合があります。

(1) 提出書類

日本語で作成してください。（日本語以外で書かれている書類には、日本語訳を付けてください。）

- ① 入学願書・・・所定の様式
- ② 履歴書・・・所定の様式
- ③ 卒業証明書・・・最終出身学校の学校長の証明するもの

※卒業見込み者が出願する際には、卒業見込証明書（在学校の学校長の証明するもの）を提出し、入学手続きの際に卒業証明書（最終出身学校の学校長の証明するもの）を提出してください。

- ④ 成績証明書・・・最終出身学校の学校長の証明するもの
- ⑤ 健康診断書・・・所定の様式（出願前6ヶ月以内に医師が作成したもの）
- ⑥ 写真（2枚）・・・出願前3ヶ月以内に撮影した上半身、無帽のもの
（入学願書及び履歴書の各所定欄に貼付）
- ⑦ 研究計画書・・・所定の様式
- ⑧ 承諾書・・・所定の様式（学生または現職者のみ）
- ⑨ 確約書・・・所定の様式（学生または現職者のみ）
- ⑩ 住民票の写し・・・既に日本に在住している外国人のみ
（又は在留資格、在留期間を確認できる書類）

(2) 検定料 9,800円

出願書類を提出し、内容の確認が終わってから「払込取扱票」及び「検定料払込証明書」をお渡ししますので、最寄りの郵便局又はゆうちょ銀行の窓口から払い込んでください。その際、「払込受領証」と「郵便振替払込受付証明書（大学提出用）」を受領してください。このうち「郵便振替払込受付証明書（大学提出用）」を「検定料払込証明書」の指定の欄に貼付して、医学部学務課へ提出してください。

※出願受付最終日は、払込手続きの時間の関係で、出願書類を午前中に提出してください。

なお、受理した検定料は、次に該当する場合を除き返還できません。

- ① 検定料を納付したが、愛媛大学に出願しなかった場合
- ② 検定料を誤って二重に納付した場合又は誤って所定の金額より多く納付した場合
- ③ 出願書類等を提出したが、出願が受理されなかった場合

4. 選考期日及び選考方法

(1) 選考時期（予定）

- ① 本人による出願（日本国内在住者）

【前学期】 4月入学の場合 平成29年3月中旬

【後学期】 10月入学の場合 平成29年9月中旬

②代理人による出願（日本国外在住者）

【前学期】 4月入学の場合 平成29年1月中旬

【後学期】 10月入学の場合 平成29年7月中旬

(2) 選考方法

出願時に提出された書類及び面接等により、医学部の定めるところにおいて選考します。

(3) 選考結果通知等

- ① 出願者本人又は代理人には、合否決定後、速やかに結果を通知・連絡します。
- ② 合格者には、入学許可通知書を交付するとともに、希望者には入学許可書及び証明書を交付します。

5. 入学料及び授業料

(1) 入学料 84,600円（本学を卒業又は修了した者は無料）

(2) 授業料 月額 28,900円（半期分 173,400円）

本学を卒業又は修了した者は、月額 14,400円（半期分 86,400円）
半期毎に一括して納付

【個人情報の取扱い】

本学では、提出された出願書類に記載された氏名、住所等の個人情報は、本学における出願の事務処理、出願書類等に不備があった場合の連絡のために利用します。

また、同個人情報は、合格者の入学後の教務関係（学籍、修学指導等）、学生支援関係（健康管理等）、授業料等に関する業務及び調査・研究（志望動向の調査・分析等）を行う目的をもって本学が管理します。他の目的での利用及び本学の関係職員以外への提供は行いません。

研究生の出願手続必要書類一覧

○ 出願手続における書類等

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. 入学願書 | 所定の様式 |
| 2. 履歴書 | 所定の様式 |
| 3. 卒業証明書
(卒業見込証明書) | 出身教育機関等の様式 |
| 4. 成績証明書 | 出身教育機関等の様式 |
| 5. 健康診断書 | 所定の様式 |
| 6. 写真 (2枚) | 入学願書, 履歴書の所定欄に貼付 |
| 7. 研究計画書 | 所定の様式 |
| 8. 承諾書 | 所定の様式 (学生又は現職者のみ) |
| 9. 確約書 | 所定の様式 (学生又は現職者のみ) |
| 10. 住民票の写し又は在留資格, 在留期間を確認できる書類 | |
| 11. 検定料払込証明書 | 所定の様式 (検定料 9,800円) |

★ 問い合わせ先 ★

愛媛大学医学部学務課

TEL 089-960-5868

FAX 089-960-5133

〒791-0295

愛媛県東温市志津川

(外国人留学生志願者用)

研究生入学願書

愛媛大学長 殿

貴学 医 学部研究生として入学したいので、御許可くださるようお願いいたします。

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		受付番号	
生年月日	年 月 日生	写真貼付欄	男・女
国籍			
住所 (連絡先)	(〒 -) 電話番号(市外局番) - 携帯電話番号()		
最終学歴	国・公・私立 大学 学部 学科・課程 年 月 日 卒業・卒業見込・修了・修了見込		
医師免許取得 年月	年 月		
職業及び 勤務先			
連絡のとれる 最寄りの 友人等	住所(〒 -) 氏名 電話番号		
研究期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 か月・1年		
研究題目			
指導教員名			
留学費用の 出所	(留学にかかる学費、生活費等の出所について詳しく記入してください。)		

注意事項

- 志願者は、本書に以下の書類を添えて出願してください。
(1)履歴書 (2)卒業証明書又は卒業見込証明書 (3)成績証明書 (4)健康診断書
(5)写真2枚(願書及び履歴書に貼付) (6)研究計画書 (7)承諾書 (8)確約書
(9)住民票の写し又は在留資格、在留期間を確認できる書類 (10)検定料
- 入学料は入学が許可された後、直ちに納付してください。
- 本学では、提出された出願書類に記載された氏名、住所等の個人情報、本学における出願の事務処理、出願書類等に不備があった場合の連絡のために利用します。
また、同個人情報は、合格者の入学後の教務関係(学籍、修学指導等)、学生支援関係(健康管理等)、授業料等に関する業務及び調査・研究(志望動向の調査・分析等)を行う目的をもって本学が管理します。他の目的での利用及び本学の関係職員以外への提供は行いません。

履 歴 書

平成 年 月 日現在

● ふりがな 男 ・ 女

● 氏名

縦：36～40mm
横：24～30mm

● 生年月日 年 月 日 (満 歳)

本人単身
胸から上

裏面のりづけ

● 現住所 〒 (-)

電話番号 (市外局番) -
携帯電話番号 ()

● 連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)
〒 (-)

電話番号 (市外局番) -

● 学歴・職歴 (各別にまとめて書く)

年 月

● 免許・資格・表彰

年 月

● 特技

愛媛大学 医学部

● 志望動機

● 大学で学んだこと（所属教室・ゼミナール・その他）

● サークル活動・ボランティア活動・在外体験等

● 自己アピール

● その他（本人希望等）

健康診断書

Certificate of Health

氏名 Name		性別 Gender		生年月日 Date of birth	/ / YYYY/ MM /DD	
住所 Present address						
身長 Height	. cm	視力 Vision	右 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Right None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.			
体重 Weight	. kg		左 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Left None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.			
尿検査 Urine Test	糖 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Sugar	聴力 Hearing	右 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Right None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.			
	蛋白 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Protein		左 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Left None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.			
潜血 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Occult blood						
血圧 Blood Pressure	/ mmHg					
結核検査 Tuberculosis testing	どれか一つ以上 Fill in the one(s) which apply to you	胸部X線検査 Chest X-ray	撮影日 Date	/ / YYYY/ MM /DD	フィルム番号 Film No.	
			撮影方法 Method	<input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> その他() Indirect Direct Other		
			所見 Results	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常() Normal Abnormal		
		検査日 Date Given	/ / YYYY/ MM /DD	判定日 Date Read	/ / YYYY/ MM /DD	
		結果 Results	発赤 Elythema	mm	硬結 Induration	mm
		判定** Interpretation	<input type="checkbox"/> 陰性 Negative <input type="checkbox"/> 陽性 Positive			
		** TST result should be recorded as actual millimeters (mm) of induration, transverse diameter; if no induration, write "0". The TST interpretation should be based on mm of induration as well as risk factors.				
	その他 (QFT etc.) Other	検査日 Date	/ / YYYY/ MM /DD	検査名 Test name	結果 Results	
身体所見 Physical status	<input type="checkbox"/> 支障なし No problem which will adversely affect studies.		<input type="checkbox"/> 有() If yes, please comment.			
精神所見 Mental Health Problem & Drug addictions	<input type="checkbox"/> 支障なし None or will not adversely affect studies.		<input type="checkbox"/> 有() If yes, please comment.			
総合所見 Overall Health Condition	<input type="checkbox"/> 良 Good		<input type="checkbox"/> 可 Fair	<input type="checkbox"/> 不可() Poor		

年月日

Date of issue

/ /
YYYY/MM/DD

医療機関名 Name of medical facility

所在地 Address and Postal-code

電話 Phone number

FAX 番号 Fax number

医師名 Doctor's signature

研究計画書

1. 研究目的及び研究計画の概要

2. 共同研究者の職及び氏名

平成 年 月 日

申請者 _____

指導教員 _____

(注) 氏名は、必ず自署してください。

承 諾 書

平成 年 月 日

愛 媛 大 学 長 殿

所 属 先
所 属 先 所 在 地
代 表 者 (所 属 長) 氏 名

下記の者が、（ ）に所属のまま、
貴大学 医学部 研究生として、下記の期間登学することを承諾します。

記

研 究 生
出 願 者 氏 名

研 究 予 定 期 間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

(注) 代表者(所属長)氏名欄は、自署でお願いします。

※ 該当者のみ提出のこと。

確 約 書

平成 年 月 日

愛媛大学長 殿

氏 名 _____

私は、愛媛大学 医学部 に研究生として入学し、

指導教員 _____ のもとに

(研究題目) _____ について

研究することを希望しておりますが、このことは全く私の個人的研究である

ことを確約します。

(注) 氏名は、必ず自署してください。

※ 該当者のみ提出のこと。