

佐賀大学大学院医学系研究科受験票

Admission Ticket for Examination

(様式院 3-1)

(Form #3-1)

いずれかを選択してください。 Choose one from the following which apply to you.

過程	Course you wish to take	博士 Doctor	* 受験番号
専攻	Department you wish to belong to	医科学 Medical Science	
選抜	Selective examination	<input type="checkbox"/> 一般 General selection <input type="checkbox"/> 社会人 Working members of society	

◎Fill in a bold - lined box only.

フリガナ		性別 Sex		上半身、脱帽、正面向きで、3ヶ月以内に撮影した写真を貼付してください。 Photograph taken within three months before application, full - frontal portrait, hatless.  (縦3. 5 cm×横3 cm)	
氏名 Name		<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female			
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Date		年齢 Age
志望する指導教員 Academic Instructor					令和 年 月 日撮影

- (注) 1 太線内を記入してください。  
2 筆記試験の際には、この受験票を机上右上に提示しておいてください。  
3 この受験票を紛失した場合は、直ちに届け出てください。

(切り離さないこと)

佐賀大学大学院医学系研究科写真票

Tab for Photograph

(様式院 3-2)

(Form #3-2)

いずれかを選択してください。 Choose one from the following which apply to you.

過程	Course you wish to take	博士 Doctor	* 受験番号
専攻	Department you wish to belong to	医科学 Medical Science	
選抜	Selective examination	<input type="checkbox"/> 一般 General selection <input type="checkbox"/> 社会人 Working members of society	

◎Fill in a bold - lined box only.

フリガナ		性別 Sex		上半身、脱帽、正面向きで、3ヶ月以内に撮影した写真を貼付してください。 Photograph taken within three months before application, full - frontal portrait, hatless.  (縦3. 5 cm×横3 cm)	
氏名 Name		<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female			
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Date		年齢 Age
志望する指導教員 Academic Instructor					令和 年 月 日撮影

(注) 太枠内を記入してください。

(切り離さないこと)