

希望研究概要

長崎国際大学大学院
薬学研究科

専攻		試験区分	学内一般社会人	受験番号	※	
医療薬学専攻						
ふりがな		生年月日	年 月 日生 (西暦で記載) (満 歳)			
氏名						
出身大学	学部	(西暦) 年 月	大学	学部	学科	卒業見込卒業
	大学院	(西暦) 年 月	大学大学院	研究科	専攻	修了見込修了

希望する研究テーマ及び理由 (欄が不足する場合は任意様式で別紙を添付すること) :

希望する『特別研究』指導担当教員名 :

㊞

課程修了後の予定 :

受験番号	※
------	---

※は記入の必要なし

受験および修学承諾書

上記の者が 年度長崎国際大学大学院薬学研究科（博士課程）の入学試験を受験し、合格後は在職のまま修学することを承諾します。

年 月 日

長崎国際大学学長 様

長崎国際大学薬学研究科長 様

勤務先名

所在地

所属長または

代表者氏名

印

(注) この承諾書は、「社会人入試」を受験する者が、在職のまま修学を希望する場合にのみ提出すること。