（様式１）

コア講座主任認印

大学院医学博士課程
メディカル･イノベーションコース申請書

令和　　年　　月　　日

金沢大学医薬保健学総合研究科長　殿

私は、メディカル･イノベーションコースを志願し所定の科目の受講を希望します。

(ふりがな) 氏　　名	㊞
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（　　才　男　／　女）
現住所	（〒　　－　　）
電話番号 電子メール	－　　－ ［ＰＣ］　　@ ［携帯］　　@
現所属	□ 大学 □ 大学院 □ 研修医　（学部学科学年専攻等詳細に記入）
所属（H26.4 以降）	大学院　　専攻　　講座 指導教員名（　　）
語学力 任意：証明書提出	TOEFL(iBT・ITP)　　点 IELTS　　点 その他　（　　）
志願理由	