

Preliminary Eligibility Check Sheet

(注) 記入は、日本語又はローマ字体を用いてください。 Please fill in Japanese or English

氏 名 Name	英文 In English	Family Name First Name Middle Name			男 (M) ・ 女 (F)	希望専攻・課程 Program to apply (Circle One)	A. Master's Program in Medical Sciences B. Professional Degree Program in Public Health. C. Doctoral Program in Medicine D. JD Program in Genomic Medicine E. Doctoral Program in Public Health F. Doctoral Program in Medical Sciences			Financial Status 国 費 ・ 私 費 MEXT scholarship / Private Financed		
	フリガナ Katakana											
	母国語 Name in Home Language					生年月日 Date of Birth	Date of birth (yyyy/mm/dd) / / Age (years old)		国 籍 Nationality			
希望研究分野とコンタクト有無 Desired Research Field (Department) and Approval		Research Field ()	Approved to Apply? (Yes / No)	AAO ID:	正規の修 学年数 Officially Required Years for Graduation	入学及び卒業年月 Year and Month of Entrance and Graduation/Completion			修学年数 Actual Period of Schooling You have Attended		専攻科目 Major Subject if Any	学位・資格 Diploma or Degree Awarded
		学 校 名 所 在 地 Name and Address of School					Year	Month	Year	month		
初 等 教 育 Elementary Education 小 学 校 Elementary School		学校名 Name 所在地 Location				年 yrs	from					
中 等 教 育 Secondary Education 中 学 校 Lower Secondary School		学校名 Name 所在地 Location			年 yrs	from						
High School 高 校 Upper Secondary School		学校名 Name 所在地 Location			年 yrs	from						
高 等 教 育 Higher Education 大 学 Undergraduate Level		学校名 Name 所在地 Location			年 yrs	from						
大 学 院 Graduate Level		学校名 Name 所在地 Location			年 yrs	from						
以上を通算した全学校教育修学年数 Total years of schooling mentioned above					年 yrs	Total	yrs		yrs			

研 究 歴 Research Career	研究機関 Name of Research Institution	職名 Position	所在地 Address	研究期間 Period of Research	年数 years
				/ / ~ / /	Years Month(s)
				/ / ~ / /	Years Month(s)
職 歴 Employment Record	勤務先名 Name of Organization/Company	職名 Position	所在地 Address	在職期間 Period of employment	年数 years
				/ / ~ / /	Years Month(s)
				/ / ~ / /	Years Month(s)