2025年度M3学生対象(実習時M4)協定校およびリーズ大学海外実習　応募用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | ふりがな | 姓 |  | | 名 |  | (顔写真) |
| 漢字 | 姓 |  | | 名 |  |
| ローマ字 | 姓 |  | | 名 |  |
| **学籍番号** |  | | | | | |
| **電話番号** | 自宅：　　　　　　　　　　　　携帯： | | | | | |
| **Email** | (添付文書が開けるアドレス) | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **希望する実習先（併願する場合は、希望する順に7個まで番号をつけて下さい）** | | | | |
| 臨床実習 | ( ) | カロリンスカ研究所 | ( ) | ペンシルベニア大学 |
| ( ) | ミシガン大学 | ( ) | ハワイ大学\* |
| ( ) | ジョンズホプキンス大学 | ( ) | ソルボンヌ大学 |
| ( ) | 国立台湾大学 | ( ) | シンガポール国立大学 |
| ( ) | ソウル大学 | ( ) | マヒドン大学 |
| ( ) | ミュンヘン大学 |  | |

推薦枠：カロリンスカ研究所2名、ミシガン大学2名、ジョンズホプキンス大学2名、ペンシルベニア大学2名、ハワイ大学1名（ただしwaiting list）、ソルボンヌ大学4名、国立台湾大学3名、シンガポール国立大学2名、ソウル大学2名、マヒドン大学2名、ミュンヘン大学2名

\*東京大学からの応募は、waiting listに並ぶことになります。つまり、キャンセルが生じれば申し込み順に実習枠を貰うことになります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **リーズ大学医学部への推薦希望（はい・いいえ）** | | |
| 臨床実習 | はい | いいえ |

リーズ大学医学部は協定校ではない為、協定校への推薦を受けながら、別途応募することが可能です（併願可能）。

詳細は、別紙の募集要項を確認してください。この応募用紙だけでなく、IELTSでSpeaking 7.5 およびOverall Band Score 7.5 以上獲得していることを証明するものを7月2日までに国際交流室に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **語学検定を受験したことがあれば点数を記入してください. あれば証明書を添付してください．** | | | | | | | | | | |
| TOEFL | | Score |  | | iBT, CBT or PBT | | 受験日（年／月） | | ○○○○年○○月 | |
| TOEIC | | Score |  | |  | | 受験日（年／月） | | ○○○○年○○月 | |
| 英検 | | 級 |  | |  | | 受験日（年／月） | | ○○○○年○○月 | |
| IELTS | | Score | Listening |  | Reading |  | Writing |  | Speaking |  |
| Overall |  |  | | 受験日（年／月） | | ○○○○年○○月 | |
| USMLE | | Step 1 | 合格 不合格 | | | | 受験日（年／月） | | ○○○○年○○月 | |
| その他 | |  | | | | | | | | |
| **実習を希望する分野（科）** | | | | | | | | | | |
| １ |  | | | | | | | | | |
| ２ |  | | | | | | | | | |
| ３ |  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **留学の目的　必要に応じてスペースを拡げて構いませんが応募用紙全体で3ページ以内としてください。** |
|  |

|  |
| --- |
| **留学に向けた準備状況　必要に応じてスペースを拡げて構いませんが応募用紙全体で3ページ以内としてください。** |
|  |

|  |
| --- |
| **留学経験を今後のキャリアにどのように活かすか**  **必要に応じてスペースを拡げて構いませんが応募用紙全体で3ページ以内としてください。** |
|  |

**提出期限：2025年5月19日(月)～5月30日(金)16：00 (厳守)　提出先：oiaa@m.u-tokyo.ac.jp**

**受付完了の返信メールを3日以内（土日祝日を除く）に送信しますので確認してください。**

**本件問合せ先：医学部国際交流室　oiaa@m.u-tokyo.ac.jp**