様式　１

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日  　大阪大学接合科学研究所長殿  （ふりがな）  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 　　　　　　　年　　月　　日生  特別研究学生・研究生入学願  　　　　 下記のとおり入学したいので許可願います。  記  　１．研究題目　：  　２．希望する受入れ教員氏名　：  　３．希望する研究部門分野　：　　　　　　　　　　　部門　　　　　　　　　　分野  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４．研究期間 ：　　　　　　　　　　自　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　　　年　　　月　　　日  　５．特別の事情（ただし年度途中に入学する場合）  　６．JWRI道場プログラムに合格しなかった場合の一般入学希望の有無  　　　　（　有　・　無　） |

大阪大学接合科学研究所

様式　２

|  |
| --- |
| 写　　真  （縦４×横３㎝） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男  女 |
| 氏　　名 | 印 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　生　　（　　　　才） | |

履　　歴　　書

　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 旧　姓　名 | | 改姓年月日  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | 国籍・地域 |
| ふりがな | |  | | 郵便番号 |
| 現　住　所 | |  | | 電話 |
| ふりがな | |  | | 郵便番号 |
| 勤務先住所 | |  | | 電話 |
| 年 | 月 | 日 | 学　歴（高等学校以降（留学生は小学校以降）を記入） | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 職　　　　　歴 | | | | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

大阪大学接合科学研究所

様式　３

|  |
| --- |
| 保　　証　　書  　　　 特別研究学生・研究生氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日生  　　上記の者が、貴学に入学許可になりました上は、学則に従わせることは申すまでもなく、 授業料の納付について、本人と連帯して私がその責任を負い、貴学にご迷惑をかけないことを保証いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　（ふりがな）  　　連帯保証人　　　氏　　名 印  現住所 （〒 　　　　 )    　　　　　　　　　　電話番号  本人との関係  大阪大学接合科学研究所長　殿 |

※注　連帯保証人の順位は原則として、父、母、兄、姉、親戚、知人とする。

　　　なお、保証人を変更する場合は、変更願を提出すること。

様式　４

**研 究 従 事 内 容 調 書・受 入 内 諾 書**

**(Research Description/Certificate of Acceptance to be filled out by Academic Advisor)**

　　氏　　　　　名

　　生　年　月　日 　　　　　　　年　　月　　日

　　国　籍・地　域

　　在 学 期 間 　　　　　　年　　月 　日　～　　　年　　月　　日

　　受　入　分　野

　上記の者、本研究所の（特別研究学生・研究生）として下記のとおり、研究に従事する予定の者である。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究題目 | |
|  | |
| 研究従事内容･指導方法等 | |
|  | |
| 研究従事態様 | 週平均　　　時間・　１月平均　　　日 |

年　　月　　日

大阪大学接合科学研究所　　　　　　　部門　　　分野

（受入れ教員・氏名　　　　　　　　　　　印）

大阪大学接合科学研究所長　　藤 井 英 俊　（公印省略）

（別添）

検定料の振込みについて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接合科学研究所

　検定料は下記の口座に振込み願います。（振込手数料は振込者負担です。）

　なお、依頼人名は出願者の氏名と同一にしてください。

【検定料】９，８００円

【振込指定口座】

三井住友銀行　豊中支店　普通預金　７４８４９２０

受取人名義：大阪大学　接合科学研究所（ｵｵｻｶﾀﾞｲｶﾞｸ ｾﾂｺﾞｳｶｶﾞｸｹﾝｷｭｳｼｮ）

※海外銀行からの送金の場合

銀行名　　：SUMITOMO MITSUI BANKING CORPORATION

銀行コード：0009（Swift Code：SMBCJPJT　8ケタ）

支店名　　：TOYONAKA BRANCH

支店コード：154

取引店住所：1-9-5, Hommachi, Toyonaka-shi, Osaka, 560-0021, Japan

預金種別　：Saving Account / Ordinary Deposit

口座番号　：7484920

口座名義人：NATIONAL UNIVERSITY CORPORATION OSAKA UNIVERSITY

不明な点は、接合科学研究所会計係（setugouken-kaikei@office.osaka-u.ac.jp）までお問い合わせください。