

2027(令和9)年度 大阪歯科大学
Academic Year 2027 (Reiwa 9)
Osaka Dental University

本人が自筆で記載のこと
To be completed in the applicant's own handwriting

私費外国人留学生 第1年次入学者選抜 入学願書
Application Form for the First Year Admission Examination of
Privately Financed International Students

出願学部・学科 (出願学科左に○印) Circle the department you are applying for	☐	歯学部 歯学科 Faculty of Dentistry, Department of Dentistry	☐	医療保健学部 口腔保健学科 Faculty of Health Sciences, Department of Oral Health Sciences	☐	医療保健学部 口腔工学科 Faculty of Health Sciences, Department of Oral Health Engineering
--	-----------------------	--	-----------------------	---	-----------------------	---

出願者氏名 Name of Applicant	姓 Family Name	名 Given Name
フリガナ Name in Katakana		
漢字氏名※1 Name in Kanji		
ローマ字※2 Alphabet		

※1 氏名に漢字を使用しない場合は、ひらがなで記載してください。 If your name is not Kanji, write in Hiragana.
※2 パスポートの記載通りに記入して下さい。 Write your name exactly as appears in your passport.

性別 Gender	男 Male	女 Female	生年月日 Date of Birth	年 Year				月 Month		日 Day		国籍 Nationality
	☐	☐										

住所※3 Address	
〒 —	
電話 Telephone Number	— —
メールアドレス Email Address	@

※3 ここに記入した住所へ合格通知書・入学手続き書類を送付します。
The acceptance letter and enrollment procedure documents will be sent to the address entered here.

最終卒業学校名 Latest Academic Background	卒業年 Year of Graduation	月 Month of Graduation

保証人 Guarantor※4		
氏名 Name of Guarantor	姓 Family Name	名 Given Name
フリガナ Name in Katakana		
漢字氏名※1 Name in Kanji		
現住所 Current Address		
〒 —		
電話(緊急連絡先) — — Emergency Contact Number		

※1 氏名に漢字を使用しない場合は、ひらがなで記載してください。 If your name is not Kanji, write in Hiragana.
※4 日本国内に在住している者が望ましい A guarantor residing in Japan is preferred.