Examinee's number 受験番号	※J　　※K

Graduate School of Pharmaceutical Sciences (Master Course ・Doctoral Course),
Kumamoto University
（熊本大学大学院薬学教育部（博士前期課程・博士課程））

Name (氏名)		Selection category (入試区分)	（外国人推薦入試）
Name of the field of choice (志望分野名) Course name (コース名)			
Contact with academic advisor (指導予定教員とのコンタクトの有無)		Contacted (有)	Not contacted (無)

Written Statement of Reasons for Application (志望理由書)

＊To be written in your own hand （応募者本人の自筆にて記入のこと）
Typed Statement will not be accepted.

Note 注）1　Do not fill in the ※ marked field.（※印欄は，記入しないでください。）
2　Circle relevant selection category.（該当する入試区分を，〇で囲んでください。）
3　Circle relevant item in the contact with academic advisor field.（指導予定教員とのコンタクト欄は、該当するほうを〇で囲んでください。）