

東京福祉大学 留学生日本語別科

Tokyo University of Social Welfare
Japanese Language Program

入学願書

APPLICATION FOR ADMISSION

受付年月日	※
受験番号	※
学籍番号	※

※は記入しないこと
Do not fill in spaces marked with ※

必ず出願者本人が書くこと。

The following information must be supplied by the Applicant.

通学希望地 Desired Campus of Attending	(いずれかにチェックすること) Put a check mark in one of the boxes below. <input type="checkbox"/> 伊勢崎キャンパス Isesaki Campus <input type="checkbox"/> 名古屋キャンパス Nagoya Campus <input type="checkbox"/> 池袋キャンパス Ikebukuro Campus	出願期間 Application period
		4月入学 ・ 9月入学 April intake September intake

氏名 Full Name パスポート表記で 記入すること As on your Passport	漢字名 (In Chinese Characters)	姓 (Family Name)	名 (Given Name)		写真 Photo taken within the last 3 months 最近3か月以内に 撮影したもの 3cm × 4cm
	ローマ字(In Alphabet)				
	姓 (Family Name)				
	名 (Given Name)				
	ミドルネーム (Middle Name)				
国籍 Nationality	出生地 中国は省または自治区 Place of Birth	生年月日 Date of Birth	年齢 Age	性別 Sex	婚姻の有無 Marital Status
		19 年 月 日生 Year Mth. Day	歳 Age	男 ・ 女 Male Female	既婚 ・ 未婚 Married Single
Eメールアドレス E-mail Address	@	スカイプID Skype ID			
旅券 Passport	旅券番号 Passport No.	有効期限 Valid Until	発行機関 Issuing Authority		
	No.	年 月 日 ~ 年 月 日 Year Mth. Day Year Mth. Day			
査証申請予定地 Site for Visa Application			上陸予定港 Port of Entry		

家族 (子どもがいる場合には必ず記入すること)

Family (List all family members)

	氏名 Full name	続柄 Relationship	年齢 Age	職業 Occupation	住所 Address
本国 Own Country		父 Father			
		母 Mother			
		夫/妻 Husband/Wife			
在日 In Japan					

上記のとおり相違なく、入学を申し込みます。

(I hereby declare the above statement is true and correct and apply for admission.)

年 月 日
Year Month Date

志願者名
署名
Signature of Applicant

PERSONAL RECORDS (履 歴 書)

1. 国 籍 : _____ 氏 名 _____ 男 ・ 女
 Nationality Name Male Female

2. 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
 Date of Birth Year Month Day

3. 配偶者の有無 : 無 ・ 有 配偶者名 : _____
 Marital Status Single Married Name of Spouse

4. 現 住 所 : _____
 Present address
 電話番号 : _____
 Telephone number

5. 学 歴 : 初等教育(小学校)から順次最終学歴まで
 Education Record (from the elementary to the final education)

学校名	所在地	入学年月日	卒業年月日
Name of School	Address	From Yr/ Mth/ Date	To Yr/ Mth/ Date
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6. 日本語学習歴 :

Japanese Language Course work		入学年月日	卒業年月日
学校名	所在地	From Yr/ Mth/ Date	To Yr/ Mth/ Date
_____	_____
_____	_____

7. 職歴
(Employment history)

勤務先名	所在地	入職年月日	退職年月日
Name of Company	Address	From Yr/ Mth/ Date	To Yr/ Mth/ Date
_____	_____
_____	_____

8. 出入国歴
Previous Stay in Japan

入国年月日	出国年月日	在留資格	入国目的
Entry Yr/ Mth/ Date	Departure Yr/ Mth/ Date	Visa Status	Purpose of Entry
. .	. .	_____	_____

9. 家族(Family)

続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	住所
Relation	Name in Full	Date of Birth	Age	Occupation	Address
父					
Father					
母					
Mother					

10. 修学理由

Purpose of Study

11. 修了後の予定 (Specific Plans after Graduation of Japanese Course)

進学希望、就職希望、事業経営希望、その他。(Further Study, Employment, Self-Employed, Others)

(1) 進学希望先学校名

Name of school you wish to enter for further study : _____

希望科目

Course of study you wish to Take : _____

(2) 就職予定先名称

Name of expected place of employment : _____

職務内容

Job Details : _____

(3) 事業経営・自営 (self-Employed)

事業先住所

Business Address : _____

事業内容

Details of business : _____

資金調達計画・方法

Plans/Ways of raising fund : _____

その他 (Others)

以上のことは全て真実であり、私 : _____ が直筆したものです。

I, _____ hereby declare the above statement as true and correct.

本人署名

Yr/Mth./Date

Signature of Applicant: _____

作成年月日 (Date) : _____

東京福祉大学

Tokyo University of Social Welfare

健康診断書 (医師が記入のこと)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

氏名 男 Male 生年月日 国籍
Name: 女 Female Date of birth: Nationality:
現住所
Address:

1. 身長(Height) cm, 体重(Weight) kg,	聴力(Hearing)	血圧(Blood pressure)
視力(Eyesight)		
裸眼(Without glasses)	矯正(With glasses)	/ mmHg
左(Left) /	左(Left)	
右(Right) /	右(Right)	
血液型(Blood type)	ツベルクリン反応(Tuberculin reaction)	
, RH	陰性(Negative)..... <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)..... <input type="checkbox"/> 不明・未受診..... <input type="checkbox"/>	

2. 既往症について、ある場合はチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。
History of past illness(if any, indicate it with your age of contraction)

結核 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	マラリア <input type="checkbox"/> __歳(Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> __歳(Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> __歳(Age)	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Diabetes	Allergy	Other communicable diseases

3. 現在、病気があればチェックしてください。 Present condition(if any, indicate it)	4. エックス線検査 Chest X-ray examination
扁桃腺、鼻又は咽喉..... <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 <input type="checkbox"/>	健康... <input type="checkbox"/> Normal
Tonsils, Nose or Throat	要観察... <input type="checkbox"/> to be rechecked
胃又は消化器官 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器官 <input type="checkbox"/>	要医療... <input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System	Require
脳又は神経組織 <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 <input type="checkbox"/>	medical treatment
Brain or Nervous System	撮影年月日
肺又は呼吸器官 <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官..... <input type="checkbox"/>	Date of examination
Lungs or Respiratory System	
その他内臓器官 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/>	
Other Abdominal Organs	皮膚 Skin



5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical condition is: 優..... <input type="checkbox"/> 良..... <input type="checkbox"/> 可..... <input type="checkbox"/> 不可..... <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor	所見 (Describe the condition of applicant's lungs)
6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is good enough for him/ her to study in Japan? 可... <input type="checkbox"/> 不可... <input type="checkbox"/> Yes No	7. その他特記事項 Any other remarks

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis.

署名
Signature: _____
氏名・資格
Name & Title: _____
検査施設名
Institution: _____
所在地
Address: _____

診断年月日
Date: _____

身元保証書

Letter of Guarantee

東京福祉大学 学長 殿

To: President of Tokyo University of Social Welfare

国籍
Nationality _____

氏名
Applicant's Name in Full _____

上記の者が、貴学に在学中、その身元および留学経費一切については、私が責任を持ち、貴大学にご迷惑をかけないよう保証いたします。

I hereby declare to take full responsibility to above mentioned applicant, and guarantee his/her all expenses during his/her studies at Tokyo University of Social Welfare.

フリガナ
保証人氏名
Guarantor's Name in Full _____ (印) Signature

本籍
Guarantor's Permanent Address _____

現住所
Guarantor's Present Address _____
(TEL - -)

勤務先および役職
Working place and Title _____

勤務先住所
Address of Working place _____
(TEL - -)

本人との関係
Relationship to Applicant _____

署名年月日
Date of Signing (西暦) _____
Yr. Mth. Day

経費支弁書

日本国法務大臣 殿

国 籍 _____

氏 名 _____

年 月 日生 (男 ・ 女)

私は、この度、上記の者が日本国に 在留中 入国した場合 の経費支弁者になりましたので、下記の通り経費支弁の引き受け経緯を説明するとともに、経費支弁について誓約します。

記

1. 経費支弁の引き受け経緯 (申請者の経費の支弁を引き受けた経緯及び申請者との関係について具体的に記載して下さい。)

2. 経費支弁内容

私、_____は、上記の者の日本国滞在について、下記の通り経費支弁することを誓約します。

また、上記の者が在留期間更新許可申請をする際には、送金証明又は本人名義の預金通帳 (送金事実、経費支弁事実が記載されたもの) の写し等で、生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

記

(1) 学 費 年 間 _____ 円

(2) 生 活 費 月 額 _____ 円

(3) 支弁方法 (送金・振込等支弁方法を具体的にお書き下さい。)

年 月 日

経費支弁者：

住所：_____ 電話：_____

氏名 (署名) _____ 印 学生との関係 _____