

# 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: \_\_\_\_\_

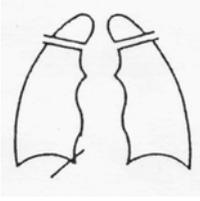
作成年月日 (Date) : \_\_\_\_\_

# 東京福祉大学

## 健康診断書 (医師が記入のこと)

健康診断証明 (医師填写)

氏名 姓名: \_\_\_\_\_ □男 生年月日 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_  
□女 出生年月日: \_\_\_\_\_ 国籍: \_\_\_\_\_  
現住所 \_\_\_\_\_  
現住址: \_\_\_\_\_

1. 身長(身高) cm, 体重(体重) kg, 視力(视力) 聴力(听力) 血圧 (血压) mmHg 裸眼(裸眼視力) 矯正(矯正視力) / 左(左) / 左(左) 右(右) / 右(右) 血液型(血型) ツベルクリン反応(結核菌素反応) , RH 陰性(阴性)……□ 陽性(阳性)……□ 不明・未受診……□		
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。 既往病史(如有以下病症罹患经历,请注明患病时的年龄) 結核 □__歳(岁) マラリア □__歳(岁) リューマチ □__歳(岁) 结核 疟疾 风湿热 てんかん □__歳(岁) 腎疾患 □__歳(岁) 心臓疾患 □__歳(岁) 癲癇 肾脏疾患 心脏疾患 糖尿病 □__歳(岁) アレルギー □__歳(岁) その他の伝染病疾患 □__歳(岁) 糖尿病 过敏反应 其他传染性疾病		
3. 現在、病気があればチェックしてください。 現在健康状況(如有以下疾患,请注明) 扁桃腺、鼻又は咽喉……□ 心臓又は血管 ……………□ 扁桃腺、鼻咽喉 心脏或血管 胃又は消化器官 ……………□ 泌尿生殖器官 ……………□ 胃或消化器官 泌尿生殖器官 脳又は神経組織 ……………□ 血液又は内分泌器官 ……………□ 大脑或神经组织 血液或内分泌器官 肺又は呼吸器官 ……………□ 骨、関節又は運動器官…………□ 肺或呼吸器官 骨, 关节或运动器官 その他内臓器官 ……………□ 皮膚 ……………□ 其他内脏器官 皮肤	4. エックス線検査 胸部X线検査 健康…□ 正常 要観察…□ 要观察 要医療…□ 要治疗 撮影年月日 胸片检查年月日  所見 (胸片所見)	
5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 本人健康状況诊断结果如下: 優……□ 良……□ 可……□ 不可……□ 优 良 可 不可		
6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。 本人的健康状况是否适合日本留学? 可…□ 不可…□ 可 不可		7. その他特記事項 其他特记事项

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。  
诊断结果如上, 特此证明

署名  
姓名・資格  
姓名 & 职称:  
検査施設名  
医疗机构名称  
所在地  
地址:

診断年月日  
诊断日期:

# 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

# 经费支付书

日本国法务大臣 殿

国籍 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_

年 月 日生（男・女）

在留中

本人愿意成为上記姓名者在日本国 \_\_\_\_\_ 的经费担保人。经费支付及承担经纬如下说明。  
已入国的情况下  
并愿意承诺誓约以下所记事项。

## 记

1. 经费支付理由及承担经纬之说明（对申请人经费支付方式及与申请人之关系、请具体填写说明）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 经费支付内容

本人 \_\_\_\_\_ 愿意遵守对上記姓名者在日本国逗留期间内、如下记所述经费支付之承诺。

除此之外、如上记者申请在留期间变更等手续时、汇款证明书、或本人名义的银行存折（记载汇款事实・经费支付事实之文件）的复印件。提出能证明生活费支付方式的资料或文件。

## 记

1 学 费 一 年 \_\_\_\_\_ 日元

2 生活费 月 额 \_\_\_\_\_ 日元

3 支付方法（汇款或其他的支付方法请具体填写说明）

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日  
经费支付者：

邮编 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

姓名（签名） \_\_\_\_\_ 盖章 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_