

国際医療福祉大学 留学生別科
INTERNATIONAL UNIVERSITY OF HEALTH AND WELFARE Japanese Language Program

入学願書 Application Form

本人関係事項 Student's Personal Details

1. (1)英文氏名 Full name in English Family name Given name Middle name						写真 最近3か月以内に 撮影したもの 4cm×3cm Photo (Should have taken within 3 months)
(2)母国語氏名 Name in your own language Family name Given name Middle name						
2. 生年月日 年 月 日 年齢 満 歳 Date of birth Year Month Day Age Years				3. 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Sex Male Female		
4. 国籍 Nationality		5. 出生地 Place of birth City / Country		6. 配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Marital status Married Single		
7. 現在の状況 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> その他 Present Situation In school Working Others				8. 就学予定期間 1年 Intended length to study 1 year		

連絡先 Contact Details

9. (1)現住所 Full present address		※本人に連絡のつく電話番号を記入すること Fill in the number used by applicant
(2)TEL _____ (自宅 Home / 携帯 Mobile)		
(3)E-mail _____		

家族関係事項 Family Details

※結婚した兄弟姉妹を含め、全員記載すること。

Fill in all the members of your family, including married brothers and sisters.

10. (1)本国その他 In your country or abroad except Japan						
続柄 Relationship	氏名 Family name Given name Middle name	年齢 Age	職業 Occupation	現住所 Full present address		
父 Father						
母 Mother						
(2)在日親族 Family in Japan						
続柄 Relationship	氏名 Full name	生年月日 Date of birth	国籍 Nationality	同居予定 Intended to reside with applicant or not	勤務先/通学先 Name of employment/school	在留カード/特別永住者証明書番号 Residence card number Special Permanent Resident Certificate No.
		年 月 日 Year Month Day		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Yes No		
		年 月 日 Year Month Day		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Yes No		

※ 枠が足りない場合は別紙にて記入すること If there is not enough space, please attach a separate sheet.

日本語能力 Japanese language ability

11 (1)日本語能力試験 Japanese Language Test						
試験名 Name of the test	級 Level	受験又は受験予定年月 Date of the test			結果 Results	
<input type="checkbox"/> 日本語能力試験JLPT <input type="checkbox"/> J Test <input type="checkbox"/> Nat Test <input type="checkbox"/> その他 other		年 月			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 結果待ち	
		Year Month			Passed Failed Waiting	
(2)日本語学習歴 History of study in Japanese						
学習機関名 Name of institution	所在地 Address	学習期間(予定含む) Period				
		年 月 ~ 年 月	総計:()時間			
		Year Month ~ Year Month	Total Hours			
		年 月 ~ 年 月	総計:()時間			
		Year Month ~ Year Month	Total Hours			

出入国及び犯罪関係事項 Immigration and criminal Records

12. (1) 旅券 有 無 (番号:) (2) 有効期限 年 月 日
 Passport number Yes None (Number:) Date of expiration Year Month Day

(3) 同伴者の有無 有 無
 Accompanying persons, if any Yes No

13. (1) 過去の出入国歴 有 () 回 無 ※ 日付等全て正確にご記入ください。
 Past entry into/departure from Japan Yes () time(s) No Please make sure the dates are all correct.

入国年月日 Date of entry	出国年月日 Date of departure	在留資格 Status	滞在目的 Purpose
年 月 日 Year Month Day	年 月 日 Year Month Day		
年 月 日 Year Month Day	年 月 日 Year Month Day		
年 月 日 Year Month Day	年 月 日 Year Month Day		

(2) 在留資格申請歴 初回 () 回 申請結果 許可 不許可
 Have you ever applied for a certificate of No Yes time(s) Result Approved Rejected
 eligibility to stay in Japan?

14. 犯罪を理由とする処分を受けたことの有無(日本国外におけるものを含む) 有(内容:) 無
 Criminal record (in Japan/overseas) Yes (Details:) No

15. 退去強制又は出国命令による出国の有無 有 Yes 無 No
 Departure by deportation/departure order

経歴関係事項 Background Details

16. 学歴 Educational background ※初等教育(小学校)から順次最終学歴まで記載する。Fill in all the history from elementary school to the latest.

学校名 Name of school	所在地 Address	入学年月 Date of entry	卒業(見込)年月 Date of graduation		
小学校 Elementary school		年 月 Year Month	年 月 Year Month		
中学校 Junior high school		年 月 Year Month	年 月 Year Month		
高等学校 High school		年 月 Year Month	年 月 Year Month		
専門学校、短期大学、大学、大学院 Vocational school, Junior college, University, Graduate School		年 月 Year Month	年 月 Year Month		
		年 月 Year Month	年 月 Year Month		
		年 月 Year Month	年 月 Year Month		
取得学位 Degree	専攻 Major	<input type="checkbox"/> 卒業 Graduated	<input type="checkbox"/> 在学中 in school	<input type="checkbox"/> 休学中 Temporary absence	<input type="checkbox"/> 中退 Withdraw

17. 医療・福祉関係の免許 持っている 持っていない 持っている場合、資格の種類 If yes, please specify.
 Certificates related to medical care/health care/welfare I have. I don't have one.

18. 職歴 Work experience ※空白期間がある場合は、その期間に何をしていたのか説明して下さい。
 State in detail blank periods of your work.

会社名・事業所名 Company name	所在地 Address	職種 Occupation	在職期間 Period of Employment
			年 月 ~ 年 月 Year Month Year Month
			年 月 ~ 年 月 Year Month Year Month
			年 月 ~ 年 月 Year Month Year Month

