2023年度

 様式４

　　　＊大学院使用欄（記入不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ＊ |

国際医療福祉大学大学院

**留学生個人票**

**※留学生は日本語で記入の上、必ず提出のこと**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課程・専攻分野・領域 | １．修士課程　保健医療学専攻２．修士課程　医療福祉経営専攻３．修士課程　臨床心理学専攻４．博士課程　保健医療学専攻５．修士課程　生命薬科学専攻６．博士課程　医療・生命薬学専攻 | 　　　　　　　　　　　分野 | 性　別 |  |
| 　 領域  | 国　籍 |  |
| 氏 名 | アルファベット | 姓　（FAMILY NAME） | 名　（FIRST NAME、MIDDLE NAME） |
| ※パスポート上での表記にて大文字で記入 |  |
| カタカナ |  |  |
| 漢 字 | ※漢字名がある場合のみ記入 | 　 |  |
| 現在の在留資格(国内在住者のみ)　※該当するものを〇で囲む | 留学　・ 就労 ・ 短期滞在 ・ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| **【 保護者 】** |
| 氏　名 | フリガナ　　　　　　　　 | 住　所 | 〒　　 TEL：　 |
| 続柄（　　　　　　　　　） |
| **【 在日保証人 】** |
| 氏　名 | フリガナ　　 | 住　所 | 〒　　 TEL：　 |
| 志願者との関係（　　　　　　　　　） |
| 勤務先 |  | 勤務先住所 | 〒　　 TEL：　 |
| 【 **学費および生活費負担者 】**※志願者本人が負担する場合は、志願者本人がﾞ署名してください｡ |
| 氏　名 | フリガナ　　　　　　　　 | 住　所 | 〒　　 TEL：　 |
| 続柄（　　　　　　　　　　） |
| 勤務先 |  | 勤務先住所 | 〒　　 TEL：　 |
|  | 上記志願者が貴大学院に入学した際は、学費および生活費等について私が責任を持って負担します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |  |

**【 家族状況 】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名（カタカナ） | 続柄 | 年令 | 職　業 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |