

「日系社会リーダー育成事業」申請書

年 月 日現在

申請者本人について		
パスポート表記上の 氏名（ローマ字）	写真 (縦4cm×横3cm)	
氏名（日本語）		
国籍		
性別／未婚既婚の別		男性・女性／未婚・既婚
パスポート番号		
生年月日	年 月 日（満 歳）	
出生地	（日系 世）	
現住所 <small>（日本在住者は母国の 住所も記入すること）</small>		
電話番号 <small>日本在住者は母国の電話番号等も記入 すること<国・地域番号から></small>		
Eメール・アドレス		
訪日経験 <small>（日本への留学経験も記載す ること。また、奨学金を受 給した場合は、その名前も 明記のこと）</small>	年 月 日 ～ 年 月 日 訪日目的：	
	年 月 日 ～ 年 月 日 訪日目的：	
	年 月 日 ～ 年 月 日 訪日目的：	
年月	学歴／職歴	
	高校卒業	
	大学入学	
	大学（卒業見込・卒業・中退）	

「日系社会リーダー育成事業」申請書

年 月 日現在

留学決定（内定）している大学について	
大学名	
研究科	
専攻	
教授名	
履修言語	
住所	
電話番号	
研究分野	
研究課題	
上記研究課題の内容 （簡潔に）	

身 上 書

年 月 日現在

氏名				
日本語能力	よく出来る	かなり出来る	少し出来る	できない
読む能力				
書く能力				
話す能力				

英語能力	よく出来る	かなり出来る	少し出来る	できない
読む能力				
書く能力				
話す能力				

緊急連絡先（日本）	本人との関係	氏名	職業	住所、電話番号等

在日親戚・知人	本人との関係	氏名	職業	住所、電話番号等

家族状況	本人との関係	氏名	年齢	勤務先	同居／別居

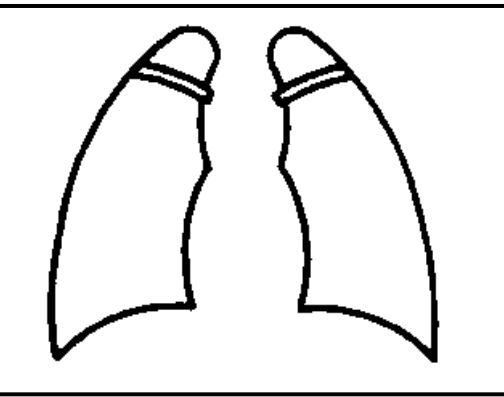
健康診断書/CERTIFICATE OF HEALTH

*医師に記入してもらうこと/to be completed by the examining physician

*日本語又は英語により明瞭に記載すること/Please fill out the form (PRINT or TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	姓/ Sir Name		名/ Given Name		ミドルネーム/Middle Names	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男/Male	生年月日(西暦)/Date of Birth(AD)	Year:	Month:	Day:	
	<input type="checkbox"/> 女/Female					

1. 身体検査/Physical Examination						
(1)身長/Height		cm	(2)体重/Weight		kg	
(3)血圧/Blood Pressure		mmHg	~		mmHg	
(4)血液型/Blood Type	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> RH+	<input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍/Pulse	<input type="checkbox"/> 整/Regular	(7)色覚異常の有無/Color Blindness			<input type="checkbox"/> 有/Yes	<input type="checkbox"/> 無/No
	<input type="checkbox"/> 不整/Irregular					
(6)視力/Eyesight	裸眼/Unaided	右/Right:		左/Left:		
	矯正/Corrective	右/Right:		左/Left:		
(8)聴力/Hearing	<input type="checkbox"/> 正常/Normal				<input type="checkbox"/> 正常/Normal	
	<input type="checkbox"/> 異常/Impaired				<input type="checkbox"/> 異常/Impaired	
			(9)言語/Speech	<input type="checkbox"/>	異常/Impaired	

2. 胸部聴診及びX線検査(6ヶ月以内)/Physical and X-ray Examinations of Chest (Within Six Months)				
	胸部X線所見/Discribe condition of lungs		<input type="checkbox"/> 正常/Normal	
		(1)肺/Lungs		<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
		(2)心臓/Cardio		<input type="checkbox"/> 正常/Normal
				<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
		異常がある場合⇒心電図/If impaired ⇒ Electrocardiograph		<input type="checkbox"/> 正常/Normal
				<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
		胸部聴診(呼吸音) Chest auscultation (breath sound)		<input type="checkbox"/> 正常/Normal
	<input type="checkbox"/> 異常/Impaired			
Examinations of the neck (inspection, palpation)		<input type="checkbox"/> 正常/Normal		
		<input type="checkbox"/> 異常/Impaired		
撮影年月日/Date Taken				
フィルム番号/Film No. (任意if any)				

3. 現在治療中の病気/Disease currently being treated		
<input type="checkbox"/> 無/No	<input type="checkbox"/> 有/Yes	病名/Specify it:

4. 既往症/Past illness/disorder							
該当するものにチェックと完治時期または治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check ✓and fill date of recovery/under treatment.If NOT contracted any of them in the past, please check "None".							
チェック欄/Tick	病名/Name	完治時期/Date of recovery	治療中/under treatment	チェック欄/Tick	病名/Name	完治時期/Date of recovery	治療中/under treatment
<input type="checkbox"/>	結核/Tuberculosis			<input type="checkbox"/>	マラリア/Malaria		
<input type="checkbox"/>	麻疹/Measles			<input type="checkbox"/>	てんかん/Epilepsy		
<input type="checkbox"/>	腎疾患/Kidney disease			<input type="checkbox"/>	心疾患/Heart disease		
<input type="checkbox"/>	糖尿病/Diabetes			<input type="checkbox"/>	薬剤アレルギー/Drug Allergy		
<input type="checkbox"/>	肝炎/Hepatitis(Type:A,B,C,D,E)			<input type="checkbox"/>	精神疾患/Phychosis		
<input type="checkbox"/>	四肢機能障害/Functional disorder in the extremities			<input type="checkbox"/>	その他感染症/Other communicable diseases		
<input type="checkbox"/>	該当無し/None						

5. 検査/Laboratory tests										
(1)尿検査/Urinalysis	<input type="checkbox"/>	糖/Glucose	<input type="checkbox"/>	蛋白/Protein	<input type="checkbox"/>	潜血/ Occult Blood		(2)検便/ Feces: Parasite(egg of parasite)(+,-)		
(3)貧血検査/Anemia test	赤沈 ESR		mm /Hr	白血球数 WBC count		/cmm	血色素量 hemoglobin		gm/dl	<input type="checkbox"/> 貧血 Anemia
(4)肝機能検査/LFT	GPT (ALT)		(IU/l)	GOT (AST)		(IU/l)	γ-GTP		(IU/l)	

6. 医師の診断・意見/Physician's impression of the applicant's health

7. 継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入ください。/Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

8. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状態は十分に留学に耐えうるものと思われますか？ In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?							
<input type="checkbox"/>	はい/YES	日付(西暦) Date(AD)	Year:		Month:		Day:
		医師署名 Physicians Signature					
<input type="checkbox"/>	いいえ/NO	検査施設名 Office/Insti tution					
		所在地 Address					

注意事項/Notice
回答項目に漏れがないかご確認ください。
Please do not leave any blanks in this certificate.

誓約書

独立行政法人国際協力機構 理事長 殿

私は、貴機構の日系社会リーダー育成事業の対象者に選ばれたならば、下記事項を遵守し、日本の大学での勉学に精進することを誓約いたします。

1. 日本国の法令及び留学先大学院等の諸規則を遵守し、善良な社会人として行動すること。
2. 貴機構の指示・決定には忠実に従うこと。
3. 故意又は重大な過失により責務を負った際は、自己の責任において弁済すること。
4. 次の事項のいずれかに該当すると認められ、手当支給中止を命ぜられた場合は、それを受け入れ、貴機構の指示に従って速やかに帰国すること。
 - (1) 日本国の法令に違反し、又は社会の秩序を乱す行為をしたとき。
 - (2) 留学先大学院等の諸規則に違反したとき。
 - (3) 貴機構が決定した手当の支給の内容又はこれに付した条件に違反したとき。
 - (4) 自己の都合により留学を中断したとき。
 - (5) 心身の著しい障害、傷病等のために留学を継続することが困難と認められるとき。
 - (6) 申請書類の記載事項に虚偽が発見されたとき。
 - (7) 手当支給開始後、1年を経過してもなお修士（博士）課程に入学できないとき。
 - (8) 留学先大学の課程の開始日が属する年度の10月末日までに当該大学に入学しないとき。
 - (9) 貴機構により支給される手当以外の奨学金又はこれに相当する資金（使途が研究費として特定されているものを除く。）の支給を受けたとき。
 - (10) その他貴機構が止むを得ないと認める事由があるとき。
5. 前項の場合において、手当の支給中止及び貴機構の指示による帰国により生じたいかなる損害についても、貴機構に何らの請求をしないこと。
6. 所定の勉学の終了後は、速やかに帰国し、修得した知識等を活用して、地域社会の発展に積極的に貢献すること。

以上

____年 ____月 ____日

申請者氏名： _____

署名： _____

上記の者に上記誓約事項を守らせることを保証します。

____年 ____月 ____日

保証人氏名： _____

署名： _____

現住所： _____

申請者との関係： _____

見本

(※なお、本内諾書は、留学生各自が大学院側と個々に連絡をとり、留学の手続きを進めているか確認するものである。このため、文面の受入条件については、受入先により異なって構わない。)

大学受入内諾書

年 月 日

独立行政法人国際協力機構 殿

私は、下記の者が本学の外国人入学試験に合格した場合には、同氏を本学の外国人留学生の制度に基づき当教室で受け入れ、本人希望の研究を指導することを証明します。

記

氏名 _____

以上

_____ 大学 学部

_____ 研究室

_____ 印