

独立行政法人国際交流基金関西国際センター  
THE JAPAN FOUNDATION JAPANESE-LANGUAGE INSTITUTE, KANSAI

平成 27 年度日本語学習者訪日研修 (各国成績優秀者) 申請書  
Japanese-Language Program for Overseas Students (Outstanding Students) 2015

活字体で、必ず本人が自筆して下さい。This application form should be written in block letters in the applicant's own handwriting.

1. 氏名/Name

ローマ字 \_\_\_\_\_  
In Roman alphabet (Family Name) (First Name) (Middle Name)

写真  
PHOTO  
※3 か月以内に  
撮影したもの  
Taken within  
last 3 months.

漢字 \_\_\_\_\_  
2. 性別/Sex  男/Male  女/Female

3. 生年月日/Date of birth \_\_\_\_\_  
(日 Day) (月 Month) (年 Year) (歳 Age as of the starting day of the program)

4. 国籍/Nationality \_\_\_\_\_ 5. 永住権/Permanent Residency  無/None  有/Yes

6. 住所/Home Address \_\_\_\_\_

自宅電話/Home Phone \_\_\_\_\_ 携帯電話/Mobil phone \_\_\_\_\_  
緊急連絡先/Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

7. メールアドレス/Email address \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

8. パスポートを取得していますか?/Have you acquired your passport yet?  
 はい/Yes  いいえ/No

「はい」の場合、パスポートの写しを添付してください。また、パスポートに記載のアルファベット表記の氏名が上欄 1. の氏名と異なる場合は、その氏名を記入してください。If "Yes", please attach the copy of your passport. In case your name indicated in alphabet in the passport differs from the name written above, please write it.

9. 最寄空港/Airport nearest the residence \_\_\_\_\_

10. 日本語学習歴/History of Japanese-Language Study (日本語で書いてください/Write in Japanese)

機関名および場所/Institution and Location	主専攻/Main Major	期間/Period
現在の日本語学習機関及び場所/Current Japanese-Language Institution and Location		____ ~ ____ (Month) (Year) (Month) (Year)
過去の日本語学習機関及び場所/Past Japanese-Language Institution and Location		____ ~ ____ (Month) (Year) (Month) (Year)

11. 現職/Current Profession (日本語で書いてください/Write in Japanese)

現職/Current Profession	機関名/Institution	場所/Location	期間/Period	学年又は地位/School year or Position
<input type="checkbox"/> 学生/Student <input type="checkbox"/> その他/Other			____ ~ ____ (Month) (Year) (Month) (Year)	

12. 滞在歴/Previous Stays in Japan

無/None  有/Yes  
From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_  
期間/Period 自 \_\_\_\_\_ ~ 至 \_\_\_\_\_ ( ) 日間  
(日 Day) (月 Month) (年 Year) (日 Day) (月 Month) (年 Year) (For Days)

13. 日本語能力試験を受験したことがありますか?/Have you ever taken the Japanese-Language Proficiency test?

無/None  
 有/Yes ( 年/year, 級/level, 点数あるいは認定書番号/Score or Certificate Number )

申請日/Date

候補者署名/Signature of the Applicant

\_\_\_\_\_  
(日 Day) (月 Month) (年 Year)

# 自己紹介書

## Self-Introduction Form

活字体で、必ず本人が自筆して下さい。できるだけ日本語で書いてください。This form should be written in block letters in the applicant's own handwriting. Please fill out this form in Japanese as much as possible.

日付 (Date) : 年 月 日 現在

(自分の姓に下線を付してください。Please underline your family name.)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>PHOTO</b> 写真 Attach photo of yourself taken within the last three months 過去3か月以内に撮影した自己の写真を貼付         </div>
氏名 Name		
フリガナ Please indicate the pronunciation of your name in <b>katakana</b> if possible.		
よびな The name which you wish to be called during the program	性別 Sex 男・女 M F	
国籍 Nationality	身長 Height cm	
母語 Your mother tongue	その他の言語 Other language(s)	
家族 Members of your family		
趣味、得意なこと Have you got any hobbies? What are you good at?		
日本語を学習し始めた理由 Reasons why you have started to learn Japanese language		
日本でやってみたいこと、知りたいこと、学びたいこと Things you want to do, learn about, or study in Japan		
<u>宗教的な理由</u> により <u>食べてはいけないもの</u> に○をつけてください。 Mark which you have dietary restrictions due to <u>religious reason</u> with circles.		
牛肉 豚肉 鶏肉 魚 エビ 貝 卵 乳製品 酒類 その他 ( ) 無し Beef Pork Chicken Fish Shrimp Shellfish Egg Dairy Products Alcohol Anything else (Please specify) None		
<u>アレルギー</u> で <u>食べてはいけないもの</u> に○をつけてください。 Mark which you have dietary restrictions due to <u>allergy</u> with circles.		
牛肉 豚肉 鶏肉 魚 エビ 貝 卵 乳製品 酒類 その他 ( ) 無し Beef Pork Chicken Fish Shrimp Shellfish Egg Dairy Products Alcohol Anything else (Please specify) None		
ペット (動物) のなかで苦手なもの Animals you do not like or are allergic to		
犬 猫 鳥 その他 ( ) 無し Dog Cat Bird Anything else (Please specify) None		
※特になければ、必ず「無し」に○をつけてください。 Mark "None," if you have no restrictions.		

**CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書**  
 【This form has to be filled out by a physician.】

Please fill out this form in English (in Roman block capitals).

NAME OF APPLICANT 申請者氏名	SEX 性別 M. 男 F. 女	AGE 歳	DATE OF BIRTH 生年月日
PRESENT ADDRESS 現住所			BLOOD TYPE 血液型 (Rh: +, -)
DIETARY RESTRICTIONS DUE TO RELIGIOUS OR PHYSICAL REASONS 宗教的又は身体的理由で制限すべき食べもの			

1. Height 身長 \_\_\_\_\_ cm.      Sit-Height 座高 \_\_\_\_\_ cm.      Weight 体重 \_\_\_\_\_ kg.  
 Blood Pressure 血圧: Sys. \_\_\_\_/Dia. \_\_\_\_ mmHg      Pulse Rate 脈拍数: \_\_\_\_/m       Reg. 整脈       Irreg. 不整脈  
 Reflexes 反射: Pupil 瞳孔:  Normal,  Abnormal      Knee 膝:  Normal,  Abnormal  
 Others 他(                    ):  Normal,  Abnormal

Eyesight 視力:                    Left 左      Right 右 without glasses _____ (with glasses 矯正) (                    ) (                    )	Color-Blindness 色盲: Yes: (                    ) No	Hearing 聴力: Left 左: _____ Right 右: _____
---	--	--

**2. Anamnesis 既往症: Please indicate with + or -**

.... Tuberculosis 結核      .... Malaria マラリア      .... Other Communicable Diseases その他の伝染病  
 .... Rheumatism リウマチ      .... Epilepsy てんかん      .... Kidney Disease 腎臓病      .... Liver Disease 肝臓病  
 .... Asthma ぜんそく      .... Cardiac Disease 心臓病      .... Diabetes 糖尿病      .... Allergy アレルギー

**3. Present Conditions 現在の体調: Please indicate with +, if you find any disease or abnormality, or with -, if not.**

.... Tonsils, Nose or Throat のど・鼻の異常      .... Heart or Blood Vessels 心臓・血管の異常  
 .... Lungs or Respiratory System 肺・呼吸器系の異常      .... Stomach or Digestive System 胃・消化器系の異常  
 .... Genito-Urinary System 泌尿器系の異常      .... Other Abdominal Organs その他内臓の異常  
 .... Brain or Nervous System 脳・神経系の異常      .... Blood or Endocrine System 血液・分泌系の異常  
 .... Bones, Joints or Locomotor System 骨・関節・運動系の異常  
 .... Skin 皮膚      .... Venereal Disease 性病      .... Pregnancy 妊娠  
 .... nervous or mental disorder 精神の障害

**4. If you marked + to any of the above 2 and 3, please describe in detail each disease, and if the applicant is physically handicapped, the abnormality or impairment.** 上記2 または3で「+」がある場合は、各々の症状について詳しく記入してください。また、申請者が身体に障害を持っている場合、その部位、程度について記入してください。

**5. Describe in full on conditions of applicant's lungs: (including the result of Chest X-ray examination and its date)** 申請者の胸部疾患の有無について記入してください。X線撮影の結果と日付についても記入してください。

DATE (Day/Month/Year) of the examination \_\_\_\_\_

**6. In your opinion, the applicant's health, physical and mental conditions are: (Please check)**

Excellent \_\_\_\_\_ Good \_\_\_\_\_ Fair \_\_\_\_\_ Poor \_\_\_\_\_

**7. In your opinion, the applicant is physically and mentally fit to go abroad for study and travel: (Please check)**

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

NAME & TITLE OF PHYSICIAN (\*Please print) \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE (Day/Month/Year) \_\_\_\_\_