



19. 学歴 Educational Background

学校名 (正式名称) Name of the School(Official Name)	所在地 (詳細に) Location(in detail)	在学期間 Period of Attendance				修業年限 Years
小学校 Elementary School		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年
中学校 Junior High School		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年
高等学校 Senior High School		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年
専修学校・短期大学 Professional or Junior college		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年
大学 University		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年
		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年
		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Year 年

20. 最終学歴 (又は在学中の学校) Education(last school or institution) or present school

在籍状況 Registered enrollment	学校種別 School classification	卒業または卒業見込み年月 Date of graduation or expected graduation
<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 Withdrawal	<input type="checkbox"/> 大学院(博士) Doctor <input type="checkbox"/> 大学院(修士) Master <input type="checkbox"/> 大学 Bachelor <input type="checkbox"/> 短期大学 Junior college <input type="checkbox"/> 専門学校 College of technology <input type="checkbox"/> 高等学校 Senior high school	年 月

21. 職歴(含兵役) Professional Career (Including Military Service).

勤務先名 (正式名称) Name of the Company (Official Name)	職種 Type of Job	所在地 (詳細に) Location(in detail)	勤務期間 Period of Employment			
			Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月
			Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月
			Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月

22. 日本語学習歴 Experience of Studying Japanese

学校名 (正式名称) Name of the School(Official Name)	所在地 (詳細に) Location(in detail)	学習期間 Period of Study				学習時間 Study Hours
		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Hours 時間
		Year 年	Month 月～	Year 年	Month 月	Hours 時間

23. 上記18～21に記入されていない期間の説明

If there is a period that is not filled out in 18～20 above, explain what you were doing in this period of time below.

何をしていたか What were you doing in this period of time?	期間 Period
	Year 年    Month 月～    Year 年    Month 月
	Year 年    Month 月～    Year 年    Month 月

24. 家族 Family

氏名 Name	続柄 Relationship	生年月日 Date of Birth	職業 Occupation	住所 (詳細に) Address(in detail)
		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		

25. 日本語能力について Japanese Language Ability

試験名 Name of Examination	受験状況 experience of test	受験(予定)日 Year of Exam	級 Level	成績 Result	点 Score
日本語能力試験 Japanese Language Proficiency Test	<input type="checkbox"/> 受験済み Taken <input type="checkbox"/> 受験予定 Planning	Year Month 年 月	N Level (級)	<input type="checkbox"/> 合格 Pass <input type="checkbox"/> 不合格 Fail	Score 点
実用日本語検定 J-Test	<input type="checkbox"/> 受験済み Taken <input type="checkbox"/> 受験予定 Planning	Year Month 年 月	Level 級	<input type="checkbox"/> 合格 Pass <input type="checkbox"/> 不合格 Fail	Score 点
( )	<input type="checkbox"/> 受験済み Taken <input type="checkbox"/> 受験予定 Planning	Year Month 年 月	Level 級	<input type="checkbox"/> 合格 Pass <input type="checkbox"/> 不合格 Fail	Score 点

26. 卒業後の予定 Plan after graduation

<input type="checkbox"/> 日本での進学 Enter a school of higher education in Japan	志望学科 Desired Major ( )
<input type="checkbox"/> 大学院 Graduate School	
<input type="checkbox"/> 大学 University	
<input type="checkbox"/> 専門学校 Technical / Vocational School	
<input type="checkbox"/> 日本での就職 Working in Japan	
<input type="checkbox"/> 帰国 Return to home country	
<input type="checkbox"/> その他 Others	( )

27. 在留資格申請歴 Previous application for certificate of eligibility

申請の有無 (取り下げも含む) Have ever applied? (including withdrawal)	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有* Yes    回数 Times ( 回 ) <small>※有の場合、もっとも最近に申請した年月と日本の学校名(又はその他の機関名)を下記に記入のこと</small> <small>If you have, indicate below the time of the last application and the name of the related Japanese language school (or any other institution) located in Japan</small>	
	Year Month 年 月	日本語学校名(又はその他の機関名) Name of the Japanese language school (or any other institution)

日付: 20 年 月 日  
Date: Year Month Day

申請者署名: \_\_\_\_\_  
Signature of the Applicant



# 経費支弁書

Statement of financial Support

日本国法務大臣殿

To The Minister of Justice in Japan

氏名(学生) Student's Name		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
国籍(学生) Student's Nationality		生年月日 Date of Birth	Year 年    Month 月    Day 日

私は、このたび上記の者が日本国に入国した場合、在留中の経費支弁者になりましたので、下記のとおり経費支弁の引き受けの経緯を説明するとともに、経費支弁について証明します。

I hereby certify that I will act a sponsor of the applicant, and will give an explanation regarding the procedure of all expenses during the period of his/her stay in Japan.

1. 経費支弁の引き受け経緯 Process and Reason for defraying his/her expenses  
(申請者の経費の支弁を引き受けた経緯、及び申請者との関係について具体的に記載してください)  
(Please explain the process and reasons of financial sponsorship and the relationship with the applicant in detail)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

2. 経費支弁内容 How to pay all the expenses

私\_\_\_\_\_は、上記の者の日本国滞在について、下記のとおり経費支弁することを証明します。また上記の者が在留期間更新許可申請の際には、送金証明書又は本人名義の預金通帳(送金事実、経費支弁事実が記載されたもの)の写し等で、生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

I, \_\_\_\_\_, hereby certify that I will cover all expenses incurred by the applicant during his/ her period of stay in Japan. Furthermore, I will, at the time of the renewal of the applicant's visa, submit the financial documents necessary (proof of remittance, bank statements, records of pertinent transactions, etc.)

①学費(初回) Tuition (The first installment)	<input type="checkbox"/> 1年分(¥695,000) <input type="checkbox"/> 1.5年分(¥1,025,000) <input type="checkbox"/> 2年分(¥1,330,000) For 1 year                      For 1 year and a half                      For 2 years
②生活費 Living Expenses	月 額 Monthly                      円 Yen
③支弁方法(送金・振り込みなど支弁方法を具体的に記載してください) Methods of Payment (Please write down how to remit or transfer in detail)	

氏名(経費支弁者) Sponsor's Name		申請者との関係 Relationship with the applicant	
住所 Address	E-mail:	年 収 Annual Income	Tel.

記入日: 20    年    月    日                      署名: \_\_\_\_\_ (印)  
Date of Fill-in    Year    Month    Day                      Signature

# 健康診断書

Certificate of Health

氏名 Name	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	Year 年	Month 月	Day 日
------------	-----------	--	-----------------------	-----------	------------	----------

## 1. 身体検査 Physical Examination

(1)身長 Height	体重 Weight	(2)血圧 Blood Pressure	血液型 Blood Type	脈拍 Pulse
cm	Kg	mm/Hg~	A B O RH + - A B O RH + - A B O RH + -	<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular
(3)視力 Eyesight			色覚異常の有無 Colour Blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
右(R) _____ 左(L) _____ 裸眼 Without Glasses	右(R) _____ 左(L) _____ 矯正 With Glasses or Contact Lenses			
(4)聴力 Hearing			言語 Speech	
右 <input type="checkbox"/> 正常 Normal Right <input type="checkbox"/> 低下 Impaired	左 <input type="checkbox"/> 正常 Normal Left <input type="checkbox"/> 低下 Impaired	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		


## 2. ツベルクリン反応最終判定

Latest Tuberculin Reaction

<input type="checkbox"/> 陽性 Positive	<input type="checkbox"/> 疑陽性 Doubtful	<input type="checkbox"/> 陰性 Negative	日付 Date of Examination	Year 年	Month 月	Day 日
--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------	-----------	------------	----------

## 3. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること。

Please describe the result of physical and X-ray examinations of the applicant's chest X-ray

肺 Lungs		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired Date 日付 _____ Film No. _____ Describe the condition of applicant's lungs.	心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
			異常がある場合 ↓ 心電図 Electrocardiograph <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	

## 4. 現在治療中の病気

Disease currently being treated

Yes (Name of Disease \_\_\_\_\_)  
No

## 5. 既往症と罹患時の年齢(いずれも該当しない場合は「なし」にチェックすること)

Past history and Age of Disease (If the applicant has not contracted any of the disease, please check "None")

結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> _____ 歳	腎疾患 Kidney disease <input type="checkbox"/> _____ 歳	てんかん Epilepsy <input type="checkbox"/> _____ 歳
マラリア Malaria <input type="checkbox"/> _____ 歳	心臓疾患 Heart disease <input type="checkbox"/> _____ 歳	糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> _____ 歳
アレルギー Allergy <input type="checkbox"/> _____ 歳	精神病 Psychosis <input type="checkbox"/> _____ 歳	
その他の伝染病疾患 Other communicable disease <input type="checkbox"/> _____ 歳		なし None <input type="checkbox"/>

## 6. 予防接種 Vaccination

結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/>	麻疹 Measles <input type="checkbox"/>	風疹 Rubella <input type="checkbox"/>	水痘 Chickenpox <input type="checkbox"/>
肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/>	その他 The other <input type="checkbox"/> ( _____ )		なし None <input type="checkbox"/>

## 7. 検査 Laboratory Tests

検尿 Urinalysis : 糖 Glucose ( _____ )、蛋白 Protein ( _____ )、潜血 Occult Blood ( _____ )		
赤沈 ESR : _____ mm/Hr	WBC : _____ /cmm	貧血 Anemia <input type="checkbox"/>
ヘモグロビン Hemoglobin : _____ gm/dl	GPT : _____	

## 8. 現在の健康状況は、次のとおりです。

I diagnose that the applicant's health and physical condition are:

優 Excellent  良 Good  可 Fair  不可 Poor

## 9. 志願者の既往歴、診察・検査の結果からして、現在の健康状況は十分に留学に堪えうるものと思われませんか？

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?

Yes  No

Date 日付: 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 署名 Signature : \_\_\_\_\_ (印)

医師氏名 Physician's Name in Print : \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution : \_\_\_\_\_

所在地 Address : \_\_\_\_\_



