

受付番号
App. No.

留学生別科出願書類確認表(国内居住者用)

CHECKLIST FOR APPLYING TO THE JAPANESE LANGUAGE SECTION (for Applicant residing in Japan)

氏名 Name	英文名 Name in English alphabet	国籍 Nationality
生年月日 Date of birth 年 月 日 (満 歳) year month day Age	卒業(在学)学校名 Name of the last school you graduated /will graduate	
住所 Address		TEL

- ◇ Make sure that all the required documents are in order, and check them with the checklist provided below. (Also, this form should be submitted to the college along with other documents.)
◇ Please submit all necessary documents.

チェック欄 check	提出書類 Documents which should be submitted	チェック欄 check	提出書類 Documents which should be submitted
	1. 入学願書 1～3 Application form 1~3		9. パスポートの写し Copy of passport
	2. 健康診断書 Medical examination certificate		10. 写真 4 枚 Four copies of portrait photograph
	3. 留学生別科修了後の予定説明書 Future plan after completion of the Japanese Language Section for Foreign students		11. 検定料 30,000 円 Examination fee ¥30,000(Japanese yen)
			12. 住所確認表 Proof of address
	4. 高等学校または大学の成績証明書 Official high school or undergraduate Transcript		13. 身元保証書 Letter of guarantee
			14. 経費支弁書 Proof of Solvency
	5. 成績証明書の日本又は英語の訳文 Japanese or English translation of grade certificate		15. 経費支弁書の日本語又は英語の訳文 Japanese or English translation of proof of solvency
	6. 高等学校の卒業(見込み)証明書または卒業証書 Certificate of (scheduled) graduation or diploma of high school		16. 経費支弁者名義の銀行における預金残高証明書 The balance at the bank where the payer of your expenses has an account
	7. 卒業(見込み)証明書の日本語又は英語の訳文 Japanese or English translation of temporary certificate of completion		17. 経費支弁者の職業を証明する書類 (a・bのいずれか) Proof of occupation of the payer of your expenses (a or b)
	8. 日本語能力試験N5程度の証明(a・bのいずれか) Proof of Japanese Ability (a or b) is needed		18. 経費支弁者と出願者の関係証明書(戸籍謄本など) Proof of relationship between applicant and the payer of your expenses (family register etc.)

※提出書類の詳細は、募集要項の「出願書類について」を必ず参照すること。

※When you fill in the documents, please see "Application Documents" on page 17 in the Japanese Language Section for Foreign Students.

*

⑪職歴 Employment History

勤務先 Name of Employer	所在地 Location	職種 Type of Work	勤務期間 Period		
			Year	Month	
			From	年	月
			To	年	月
			From	年	月
			To	年	月
			From	年	月
			To	年	月
<input type="checkbox"/> 家事手伝い <input type="checkbox"/> その他() Domestic Housework Others			From	年	月
			To	年	月

⑫在日歴 Previous Stays in Japan

入国年月日 Date of Entry	入国目的 Purpose	在留資格 Status	在留期間 Period of Stay
年 月 日 Year Month Day			
年 月 日 Year Month Day			
年 月 日 Year Month Day			
年 月 日 Year Month Day			

⑬日本語学習歴 Previous Japanese study

日本語教育機関名 Name of Institution	所在地 Location	学習期間 Period of study		
		Year	Month	
		From	年	月
		To	年	月
		From	年	月
		To	年	月

⑭家族(父・母・配偶者・子など) Family

氏名 Full Name	続柄 Relationship	生年月日 Date of Birth	年齢 Age	職業 Occupation	国籍 Nationality	居住国 Country of Residence

*

⑮滞在費の支弁方法等 Method of support to meet living expenses in Japan

(1) 支弁方法 Method of support

- 本人負担 外国からの送金 在日経費支弁者負担
 Self Remittance from outside Japan Guarantor
 奨学金 () その他 ()
 Scholarship Other

(2) 経費支弁者 Sponcer

1. 氏名
Name _____
2. 住所
Address _____
Tel. () -
3. 職業
Occupation _____

(3) 申請人との関係 Relationship to the applicant

- 夫 妻 父 母 祖父 祖母
 Husband Wife Father Mother Grandfather Grandmother
 友人・知人 その他
 Friend・Acquaintance Other

⑯緊急連絡先 Person to contact in case of an emergency

(1) 氏名または機関名

Name of person or organization _____

(2) 本人との関係

Relation _____

(3) 住所

Address _____
Tel. () -

以上の通り相違ありません。

I hereby declare the above statement is true and correct

日 付 年 月 日
Date Year Month Day

志願者氏名
Name of Applicant

志願者署名
Signature

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 _____ 生年月日 _____ 国籍 _____
Name _____ Date of birth _____ Nationality _____

現住所 _____
Address _____

1. 身長 Height _____ cm, 体重 Weight _____ kg, 胸囲 Bust measurement _____ cm		
視力 Eyesight		
裸眼 Without glasses	左 Left _____ 右 Right _____	
矯正 With glasses or contact lenses	左 Left _____ 右 Right _____	
聴力 Hearing 左 Left :正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal <input type="checkbox"/> , 右 Right :正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal <input type="checkbox"/>		
2. 既往症について、ある場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> し、その罹患時の年齢を記入してください。 History of past illnesses : (if any, indicate with age when contracted.)		
結核 <input type="checkbox"/> 歳 Age	マラリア <input type="checkbox"/> 歳 Age	リウマチ <input type="checkbox"/> 歳 Age
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> 歳 Age	腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 歳 Age	心臓疾患 <input type="checkbox"/> 歳 Age
Epilepsy	Kidney disease	Cardiac disease
糖尿病 <input type="checkbox"/> 歳 Age	アレルギー <input type="checkbox"/> 歳 Age	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> 歳 Age
Diabetes	Allergy	Other communicable diseases
3. 現在、病気があればチェックしてください。 Present condition of health : (Please tick any problem.)		4. エックス線検査 Chest X-ray examination
扁桃腺、鼻又は咽喉 <input type="checkbox"/>	心臓又は血管 <input type="checkbox"/>	健康 <input type="checkbox"/>
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels	Normal
胃又は消化器官 <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器 <input type="checkbox"/>	要観察 <input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System	To be re-checked
脳又は神経組織 <input type="checkbox"/>	血液又は内分泌器 <input type="checkbox"/>	要医察 <input type="checkbox"/>
Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System	Requires medical treatment
肺又は呼吸器官 <input type="checkbox"/>	骨、関節又は運動器 <input type="checkbox"/>	撮影年月日 _____
Lungs or Respiratory System	Bones, Joints or Locomotor System	Date of examination
その他内臓器官 <input type="checkbox"/>	皮膚 <input type="checkbox"/>	所見
Other Abdominal Organs	Skin	Describe the condition of the applicant's lungs
5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical condition is:		その他特記事項 Any other remarks
優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair poor		
6. 本人の健康状態は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is good enough for her/him to study in Japan?		
可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Yes No		

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。

I hereby certify the above diagnosis is true and correct

診断者 署名

Physician's signature _____

診断者 氏名

Physician's name(Please print) _____

診断機関 住所

Institution and address _____

診断年月日

Date : _____

受診者の注意事項

검진자 주의사항

就诊者注意事项:

NOTE:

1. 受診は、健康診断書記載の事項がすべて検査できる医療機関（国・公立病院、私立病院または公立保健所）で行ってください。個人開業医での受診は認められません。

검진은, 건강진단서에 기재된 모든 검사가 가능한 의료기관(국공립병원, 사립병원 또는 공립보건소) 에서 받으시기 바랍니다. 개인병원에서의 검진은 인정하지 않습니다.

诊断书上面的体检项目必须检查,而且必须在正规的医疗机构进行检查。(个人诊所不可)

The items mentioned must be filled out by a physician at a medical institution (a national, public or private hospital, or a public health center). Doctors in private practice are not acceptable.

2. 本診断書は、出願前3カ月以内に受診したものに限りです。

본 진단서는, 출원 전 3개월 이내에 검진받은것에 대해서만 인정됩니다.

诊断书必须在提交之前3个月内检查才有效。

The certificate of health must be filled out by a physician within the three-month period before the student's application is submitted.

別科修了後の予定説明書

Plans After Completion of Japanese Language Study

日本国法務大臣 殿 To: Ministry of Justice

私は留学生別科勉強修了後の予定について、下記のとおり説明します。

In the following, I will explain my plans after completion of Japanese language study.

記 Description

1 進学希望説明 Plan to continue studying at a higher educational institution:

(1)進学希望学校名 Name of the school wishing to enroll in:

(2)希望科目 Subject or area wishing to study:

2 就業希望説明 Plan to start working:

(1)就業予定先 Prospective employer's name: _____

(2)就業予定先住所 Business address: _____

(3)事業内容 Type of business: _____

3 その他 Other plans: _____

年 月 日

Date: Year Month Date

申請人 Applicant

国籍 Nationality _____

氏名 Name _____

入学検定料(銀行振込書写し添付用紙)

Application Fee (copy of bank transfer remittance receipt)

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting a copy of a bank transfer remittance receipt. The box is centered on the page and occupies most of the lower half of the document.

住 所 確 認 表

Confirmation of Mailing Address

この住所確認表はあなたの合格通知、入学許可証、在留資格認定証明書などを確実に郵送(返送)するのに必要です。郵送先を下の欄に指定してください。

This form is necessary to confirm your mailing address to where such important documents as Notice of Acceptance, Permission to Enroll, Certificate of Eligibility for Status of Residence, etc. to be sent from the college.

出願者	国籍	氏名
Applicant	Nationality	Name

郵送先	氏名 Name
Mail to	住所 Address

TEL	自宅 Home	FAX	自宅 Home
	勤務先 Office		勤務先 Office

※万一、上記の住所に配達できなかった場合、どこか別の届け先があれば、さらに下の欄に記入してください。

Alternative mailing address in case of non-delivery of mail to the above address:

届け先	住所 Address
Mail to	

氏名 Name:	あなたとの関係 Relationship
----------	----------------------

TEL

FAX

身元保証書 LETTER OF GUARANTEE

東北文教大学 学長 殿

To : PRESIDENT OF TOHOKU BUNKYO COLLEGE

保証人記載 To be filled in by guarantor

1. 志願者氏名

NAME OF APPLICANT

2. 生年月日

DATE OF BIRTH

3. 国籍

NATIONALITY

4. 現住所

HOME ADDRESS

Tel. () -

私は、上記の志願者が貴校に入学を許可されたときは、つぎの各事項について保証いたします。

- ① 日本国の法律と規則を遵守し、在留資格外の活動を行わないこと。
- ② 貴校の校則を遵守し、学習に専念するよう指導すること。
- ③ 貴校に在学中の学費その他諸経費、生活費、旅費の支出について責任を持つこと。

I, THE UNDERSIGNED, WILL GUARANTEE THE FOLLOWING MATTERS UPON ADMITTANCE OF THE ABOVE- NAMED STUDENT TO YOUR COLLEGE.

- ① TO GUARANTEE THAT HE/SHE WILL ABIDE BY ALL THE LAWS AND REGULATIONS OF JAPAN AND NOT ENGAGE IN ANY ACTIVITIES OTHER THAN THOSE AUTHORIZED BY IMMIGRATION REGULATIONS WHILE IN JAPAN.
- ② TO ENSURE THAT THE STUDENT WILL ABIDE BY ALL RULES AND REGULATIONS OF THE INSTITUTE OF LEARNING AND STUDY WITH DILIGENCE.
- ③ TO ASSUME RESPONSIBILITIES FOR THE PAYMENT OF TUITION, AND ALL OTHER EXPENSES NECESSARY FOR SCHOOLING , LIVING EXPENSES AND TRAVELING EXPENSES.

1. 保証人氏名

NAME OF GUARANTOR

2. 生年月日

DATE OF BIRTH

3. 職業（詳細に）

OCCUPATION (IN DETAIL)

4. 国籍

NATIONALITY

5. 現住所

HOME ADDRESS

Tel () -

6. 勤務先および勤務先住所、電話番号

PLACE OF EMPLOYMENT & ADDRESS

Tel. () -

7. 本人との関係（詳細に）

RELATIONSHIP TO APPLICANT(IN DETAIL)

保証人署名捺印

GUARANTOR'S SIGNATURE (and SEAL IF AVAILABLE)



