

様式 1

佐野日本大学短期大学
留学生選抜願書
APPLICATION FOR ADMISSION

受験番号 ※

※欄は記入しないでください。

志望学科	総合キャリア教育学科
志望フィールド	フィールド

写真貼付
上半身無背景で
3ヶ月以内に
撮影のもの
(4cm×3cm)

フリガナ

1 パスポート記載名

Name in full

ローマ字名

In Roman letters

2 国籍

Nationality

出生地

place of birth

3 生年月日

Date of Birth

年 月 日
year month day

年齢

Age

歳

既婚・独身

Married・Single

4 現住所

Address in
Japan

〒

携帯電話
Contact
Number

5 本国住所

Home Address

TEL

6 現在の職業

Occupation
(in detail)

※前年度の収入がある場合

円 (日本円)

7 日本滞在歴 Previous Stays in Japan

滞在期間 Length of Stay	滞在地 Place	目的 Purpose of stay	在留資格 Status of Residence
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

8 在日家族 Family in Japan

続柄 Relation	氏名 NAME	年齢 Age	国籍 Nationality	同居予定の有無	職業 Occupation	在留資格 Status of ReSidence

8-2 家族 Family (外国在住者を含めて全ての家族を記入してください。 Please write all the families)

続柄 Relation	氏名 NAME	生年月日 Date of Birth	職業 Occupation	電話 Phone
実父 Father				
	住所 Address			
実母 Mother				
	住所 Address			
	住所 Address			
	住所 Address			
	住所 Address			
	住所 Address			
	住所 Address			
	住所 Address			
	住所 Address			

9 学歴 Educational background (From the elementary to the final education) ※12年以上であること

種別	学校名 Name of school	所在地 Address	在学期間 Dimission~Graduation
小学校 Primaly			年 月~ 年 月 year month~ year month
中学校 Junior High			年 月~ 年 月 year month~ year month
高等学校 Senior High			年 月~ 年 月 year month~ year month
専門学校 Vocational			年 月~ 年 月 year month~ year month
大学 Univ.			年 月~ 年 月 year month~ year month
大学院・その他 Grasuate School			年 月~ 年 月 year month~ year month

小学校から高等学校卒業までの通算期間 (From the elementary to the final education) _____ 年Year

様式 2

佐野日本大学短期大学学長 殿

経費支弁書

Letter of promise to pay

国籍 (Nationality): _____

受験者氏名 (Applicant's name) _____

生年月日 (Date of Birth) _____

【経費支弁者情報 Information on financial supporter】

経費支弁者氏名(Name of financial supporter) :	国籍 (Nationality) :
住所(Address)	電話(Tel):
職業・勤務先名(Profession and Company name)	年収(Annual income) 円 (yen)
受験者との関係 : (Relationship with Applicant) :	

私は、上記志願者の経費支弁者です。私は下記のとおり経費支弁の引き受け経緯を説明するとともに、上記の者の在学中の経費支弁について保証いたします。

I am the guarantor of the student named above.

Below, I give details of my support, and guarantee payment of the student's expenses.

記

1. 経費支弁の引き受け経緯

(申請者の経費の支弁を引き受けた経緯およ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 your relationship to the applicant and your reasons for agreeing to provide financial support.

2. 経費支弁内容 Details of financial support

私は、前記志願者の日本滞在中、下記のとおり経費支弁することを誓約します。また、志願者が在留期間更新許可申請を行う際には、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）の写しなどで、生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

As the guarantor, I hereby pledge that I shall be responsible, as specified below, for providing support for the applicant during his/her entire period of stay in Japan. In the event a student visa is being renewed, I will submit copies of a bank transfer statement and the applicant's bank book to verify my financial support of the applicant.

(1) 学費 Tuition Fee:

学費の支弁方法：(下記の□に✓を入れ、送金・振り込みなど支弁方法を具体的にお書きください。)

Tuition fee payment method

Please check (✓) the box to specify your method of payment.

- 本人に手渡す I will hand the money to the student.
- 本人の銀行口座に送金 I will send money to the student's bank account.
- 学校の口座に振り込む
I will transfer money to the account of Sano Nihon University College.
- その他の方法 Other method: _____

(2) 生活費 Living Expenses:

(下記の□に✓を入れ、送金・振り込みなど支弁方法を具体的にお書きください。)

Please check (✓) the box to specify your method of payment.

【支弁頻度 Period】

- 毎月 Monthly _____円(yen) 半年 For 6 months _____円(yen)
- その他 Other : _____, _____円(yen)

【支弁方法 Payment method of Living Expenses】

- 本人に手渡す I will hand the money to the student.
- 本人の銀行口座に送金 I will send money to the bank account of the student.
- その他の方法 Other method: _____

以上のことに相違ありません。 I confirm that the above information is correct.

year month day
年 月 日

(署名) Signature: _____

《注意事項》 《Notes》

1. 経費支弁者本人が必ずご記入ください This form must be filled out by the Guardian.
2. すべての書類に日本語訳をつけてください Please attach a Japanese translation.

《日本語訳について》

翻訳の内容が原本の内容と一致しているということを、大使館や領事館等の公的機関で証明を受けてください。公的機関での証明が特別な理由により提出できない場合は、出身学校または日本語学校で作成した日本語訳でも認めますが、必ず出身学校または日本語学校の公印（認証）が必要です。

※民間の会社による翻訳文は認めておりません。

For each of the following documents we need a notarized Japanese translation by an embassy or consulate. If a notarized translation is not possible, then a translation from your Japanese school with the official school stamp is acceptable. Translations from private translation companies are NOT accepted.

経費支弁者提出書類について Documents to be submitted

1. 以下の《経費支弁者提出書類一覧》に記載されているもののうち該当する書類すべて経費支弁書に添付して、出願期限日までに郵送で送ってください。期限までに提出書類が到着しない場合、受験は認められません。

Please send the applicable documents among the documents listed below, along with the Financial Support Statement, by post by the deadline.

2. 以下の《経費支弁者提出書類一覧》は、②以外は原本を送付してください。

Except for items ② in 《The list of documents to be submitted by the guarantor》, please send the original documents, not copies.

3. 証明書類は、直近3か月のものをご用意ください。

Please submit documents for the most recent 3 months.

《経費支弁者提出書類一覧》

《The list of documents to be submitted by the guarantor》

- ① 本校指定経費支弁書 ※すべて支弁者が記入し署名したもの。

The Financial Support Statement prescribed by the College **must be original**

※The document must be filled in by the guarantor himself / herself.

And please attach a Japanese translation.

- ② 支弁者の身分証明書類、またはカードの写し（表と裏、両面）

The guarantor's ID Card (copies of the front and the reverse)

- ③ 支弁者の預金残高証明書（直近のもの） **must be original**

Certificate of savings deposit balance

様式 3
佐野日本大学短期大学長 殿

学籍番号	※
------	---

※欄は記入しないでください。

健康診断書 (医師が記入のこと)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

氏名 Name : _____ 男M・女F 生年月日 Date of birth : _____

現住所 Address : _____

☎ : _____ 国籍 Nationality : _____

1 身長 (Height) _____ cm / 体重 (Weight) _____ kg / 胸囲 (Girth of chest) _____ cm /
 視力 (Eyesight)
 裸眼 (Without glasses) 矯正 (With glasses) 色覚 (Color - blindness)
 左 (Left) _____ / _____ 正常 (Normal)
 右 (Right) _____ / _____ 異常 (Abnormal)
 聴力 (Hearing) 左 (Left) _____
 右 (Right) _____

2 既往症の有無を+または-で記してください。
 History of past illness: Please indicate with + or -
 肺結核 Tuberculosis / 気管支喘息 Bronchial asthma / リウマチ Rheumatic fever
 小児マヒ Infantile paralysis / 腎疾患 Kidney diseases / 心臓疾患 Cardiac diseases
 てんかん Epilepsy / アレルギー Allergy / その他 Any other diseases or treatments

上記の中で+を記したものがあれば、詳しく記してください。 Please describe in detail, if marked + in any of the above.

(_____)

3 エックス線検査 X-ray examination
 健康 Normal
 要観察 to be rechecked
 要医療 Requires medical treatment
 撮影年月日 Date of examination : _____

(所見 : describe the condition of applicant's lungs)

4 もし病気または異常があれば詳しく記入してください。
 Please comment in detail, if any abnormalities found in applicant's current physical condition.

(_____)

氏名、役職 Name & Title : _____

検査施設名、所在地 Institution Name & Address : _____

日付 Date : _____

署名 Signature : _____ (印)