

2019 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) 2019

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 3months.

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

※5. について国籍と申請先の国が同じ人は「有/Yes」にチェックをすること If the county where you submit the application is equal to your nationality, please mark "Yes" in 5.

6. 住所/Home Address (in Roman alphabet) 郵便番号/Zip Code

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 your 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	コース/Course	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 Affiliation (日本語で書いてください/Write in Japanese)

現職/Current Affiliation	機関名/Institution	場所/Location	期間/Period
<input type="checkbox"/> 学生/Student【学年/School year: 【主専攻/Main major:】			~ (Month) (Year) (Month) (Year)
<input type="checkbox"/> 社会人/Profession【地位/Position:】			
<input type="checkbox"/> 無職/Unemployed			

12. 滞在歴/Previous Stays in Japan

無/None  有/Yes

From To  
期間/Period 自 (日 Day) (月 Month) (年 Year) ~ 至 (日 Day) (月 Month) (年 Year) ( ) 日間 (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, レベル・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)

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

<b>Name of Applicant:</b> 申請者氏名:	<b>Sex 性別</b> M. 男 F. 女	<b>Age 歳</b>	<b>Date of Birth 生年月日:</b> / /
<b>Present Address:</b> 現住所:			<b>Blood Type 血液型:</b> A B O AB (Rh + -)
<b>Dietary Restrictions due to Religious or Physical Reasons:</b> 宗教的又は身体的理由で制限すべき食べもの:			

<b>Height 身長</b>	<b>cm</b>	<b>Weight 体重</b>	<b>kg</b>
<b>Blood Pressure 血圧</b>	Sys. ____/Dia. ____ mmHg	<b>Pulse Rate 脈拍数</b> /m	<input type="checkbox"/> Reg. 整脈 <input type="checkbox"/> Irreg. 不整脈
<b>Reflexes 反射</b>	<b>Pupil 瞳孔:</b> <input type="checkbox"/> Normal, <input type="checkbox"/> Abnormal	<b>Knee 膝:</b> <input type="checkbox"/> Normal, <input type="checkbox"/> Abnormal	
	<b>Others 他( ): <input type="checkbox"/> Normal, <input type="checkbox"/> Abnormal</b>		
<b>Eyesight 視力:</b> without glasses ____ / ____ (with glasses 矯正) ( ) / ( )	<b>Left 左 / Right 右</b>	<b>Color-Blindness 色盲:</b> Yes ( ) No	<b>Hearing 聴力:</b> Left 左 : ____ Right 右 : ____

**1. Anamnesis 既往症:**

(Indicate with "+", if you find any disease or abnormality, or with "-", if not.)

Tuberculosis 結核	Malaria マラリア	Other Communicable Diseases 他の伝染病
Rheumatism リウマチ	Liver Disease 肝臓病	Epilepsy てんかん
Asthma ぜんそく	Cardiac Disease 心臓病	Allergy アレルギー
Diabetes 糖尿病	Kidney Disease 腎臓病	Nervous or Mental Disorder 精神の障害

**2. Present Conditions 現在の体調:** ("+", for any disease or abnormality, "-", if not any.)

Skin 皮膚	Venereal Disease 性病	Pregnancy 妊娠
Stomach or Digestive System 胃・消化器系	Lungs or Respiratory System 肺・呼吸器系	Bones, Joints or Locomotor System 骨・関節・運動系
Tonsils, Nose or Throat のど・鼻	Genitourinary System 泌尿器系	Other Abdominal Organs その他 内臓
Heart or Blood Vessels 心臓・血管	Brain or Nervous System 脳・神経系	Blood or Endocrine System 血液・内分泌系
Nervous or Mental Disorder 精神の障害		

3. If you marked "+" to any of the above 1& 2, please describe each disease in detail (please use the back side of this sheet), and if the applicant is physically handicapped, describe the abnormality or impairment. 上記 1-2 で "+" がある場合には各症状の詳細を、また、申請者に身体障害がある場合、その部位・程度について、この紙の裏面にご記入ください。

**4. Chest X-ray examination 胸部X線検査:**

<b>DATE of the examination 検査日</b> / / (Day/Month/Year)	<b>conditions of applicant's lungs 胸部の状態</b> <input type="checkbox"/> Normal, <input type="checkbox"/> Abnormal ( )
---	--

**5. The applicant's health, physical and mental conditions are:**

(Please check)  Excellent  Good  Fair  Poor

**6. Is the applicant 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) / /

\* 関西国際センターで裏面も含め本書を詳しく確認し、追加質問が生じた場合は改めてご連絡いたします。  
In case the Japan Foundation Japanese Language Institute, Kansai has any additional question on this sheet, officer in charge of your country would contact the applicant or the doctor.

3. If you marked “+” to any of the above 1& 2, please describe each disease in detail, and if the applicant is physically handicapped, describe the abnormality or impairment.

上記1・2で”+”がある場合には各症状の詳細を、また、申請者に身体障害がある場合、その部位・程度について、こちらへご記入ください。

If the applicant has any allergy or any anamnesis: アレルギーや既往症がある場合;

- Will the applicant bring medicines for emergency? 申請者は薬を持参しますか?

Yes( \_\_\_\_\_ ) No

- Which medical department do we need to take him/her, in case allergic reaction occurs?  
(In this case it is NOT covered by our overseas travel insurance.)  
アレルギー反応があったときは、何科を受診したらよいですか?  
(既往症は海外旅行保険の対象外です)

- 
- First aid / dealing in case of emergency (if any); 急な発症の際の応急処置・対処法;

- 
- Any notice or advice for safe stay in Japan; 安全な日本滞在のための留意点・アドバイス;
-

# 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; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="margin: 0;">PHOTO 写真</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">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</p> </div>
氏名 Name	フリガナ <b>In katakana if possible.</b>	
よび名 How can we call you?	性別 Sex 男・女 M F	
生年月日 Date of Birth 年    月    日 Year    Month    Day	身長 Height cm	
国籍 Nationality	職業 Occupation	
母語 Mother tongue	たばこ                   はい    いいえ Do you smoke?        Yes      No	
家族 Family members		
趣味、得意なこと What is your hobby? What are you good at?		
日本語を学習し始めた理由 Why did you start 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 What do you want to do, learn about or study in Japan?		
<small>しゅうきょうてき</small> <b>宗教的な理由</b> により <u>食べてはいけないものに○をつけてください。</u> Mark which you have dietary restrictions due to <b>religious reason</b> with circles.		
牛肉 豚肉 鶏肉 魚   魚を使った   エビ   貝   卵   乳製品   酒類   その他 (          )   無し Beef Pork Chicken Fish   Soup or sauce   Shrimp Shellfish Egg Dairy Products Alcohol Anything else (Please specify) None made from fish		
<b>※特にない場合は、必ず「無し」に○をつけてください。 Mark "None," if you have no restrictions.</b>		
<b>アレルギー</b> で <u>食べてはいけないものに○をつけてください。</u> Mark which you have dietary restrictions due to <b>allergy</b> with circles.		
牛肉 豚肉 鶏肉 魚   魚を使った   エビ   貝   卵   乳製品   酒類   その他 (          )   無し Beef Pork Chicken Fish   Soup or sauce   Shrimp Shellfish Egg Dairy Products Alcohol Anything else (Please specify) None made from fish		
<b>※特にない場合は、必ず「無し」に○をつけてください。 Mark "None," if you have no restrictions.</b>		
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		
<b>※特にない場合は、必ず「無し」に○をつけてください。 Mark "None," if you have no restrictions.</b>		