

星城大学 留学生別科 出願書

Seijoh University Center for Japanese Language and Culture: Application Form

| | | | | |
|---|--|---|--------------------|---|
| 日本語読みフリガナ 氏名 Name | 英字名 (活字体記入) English name (Please print) | 漢字名/カタカナ名 Kanji/katakana name | | |
| | Family name, given name / Full name | | | |
| 所属機関名 Name of current school | 学校名・コース・学年など School name, course, year of study, etc. | | | |
| 本学別科履修期間 | Period of study at the Center for Japanese Language and Culture 年 月 日 ~ 年 月 日 年コース Year Month Day ~ Year Month Day Program | | | |
| 国籍 Country | | 出生地 Birthplace | | 写真貼付欄 横 3cm 縦 4 cm Affix photo 3cm (width) x4cm (height) |
| 生年月日 Date of birth | 年 月 日生 歳 (2025年4月1日現在) Year Month Day Age (as of April 1, 2025) | | | |
| 性別 Gender | 男・女 Male / Female | 配偶者の有無 Presence or absence of a spouse | 有・無 Yes / No | |
| 現住所 Address | 〒 TEL: | | | |
| | | | | |
| E-mail | @ | | | |
| 本国の連絡先 Contact information in home country ※保護者を記入してください。 Note: To be filled in by the guardian. | 連絡相手氏名 Name of contact person | | 続柄 Relationship | |
| | 〒 | | | |
| | TEL (国番号 Country code) - - | | | |
| | E-mail: @ | | | |
| 日本での連絡先 ※知人・友人など Contact person in Japan Note: Acquaintance, friend, etc. | 氏名 Name | 関係 Relationship | 年齢 Age | 住所 Address |
| | | | | TEL: |

I. 学 歴 Academic background

| | 学校名 School name | 所在地 Address (国・地方) (National / Local) | 就学期間 (含予定) Period of study (including expected periods) | 年数 Number of years |
|-----------------------------------|--------------------|--|--|-----------------------|
| 小学校 Elementary school | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |
| 中学校 Junior high school | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |
| 高等学校 High school | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |
| 大学 University | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |
| 日本語学校 Japanese language school | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |
| その他 Other | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |
| | | | 年 月 ~ 年 月 Year Month ~ Year Month | |

星城大学 留学生別科 出願理由書・計画書

Seijoh University Center for Japanese Language and Culture: Statement of Reasons for Application and Plan

| | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|
| 日本語読みフリガナ 氏名 Name | 英字名 (活字体記入) English name (Please print) | 漢字名/カタカナ名 Kanji/katakana name |
| | Family name, given name / Full name | |
| 所属機関名 Name of current school | 学校名・コース・学年など School name, course, year of study, etc. | |

[出願理由] Reasons for application

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

[日本語学習の計画] Plan for learning Japanese

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

[修了後の計画] Post-completion plan

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

記入しきれない場合、別紙で添付してください。If you cannot fit all the information on the form, please attach a separate sheet of paper.

日本語学習歴 調査書

History of Japanese Language Study

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| 日本語読みフリガナ 氏名 Name | 漢字名/フリガナ名 Kanji/urigana name | | 英字名 (活字体記入) English name (Please print) | |
| | | | Family name, given name / Full name | |
| 所属機関名 Name of current school | 学校名・コース・学年など School name, course, year of study, etc. | | | |
| 母語 Native language | 語 | 学習したことがある 外国語 (日本語以外) Foreign languages (other than Japanese) that you have studied | 語 (native/business/other) | |

日本語学習歴 History of Japanese language study

| 学校・機関名 Name of school or institution | 所在地 Address | 期間 Period | | 時間数/週×期間 Number of hours/week x period | 総学習時間 Total learning time |
|---|----------------|---------------------------|----------------------|---|------------------------------|
| | | 開始 From | 終了 To | | |
| 記入例:ABC大学 | 台湾 | 2019年9月 September 2019 | 2020年6月 June 2020 | 1.5時間×30週 | 45時間 |
| | | 年 月 Year Month | 年 月 Year Month | | |
| | | 年 月 Year Month | 年 月 Year Month | | |
| | | 年 月 Year Month | 年 月 Year Month | | |
| | | 年 月 Year Month | 年 月 Year Month | | |
| 使用教科書名 Textbooks used | | 開始 From 課/巻/ページ数 | | 終了 To 課/巻/ページ数 | |
| 記入例・みんなの日本語 | | 第1課 | | 第50課 | |
| 記入例・中級へ行こう | | 第1課 | | 第4課 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

●日本語能力試験、日本留学試験、J.TEST 実用日本語検定について:それぞれの「結果の通知書」の**原本**を提出してください。

For the Japanese Language Proficiency Test (JLPT), the Examination for Japanese University Admission for International Students (EJU), and Test of Practical Japanese (J.TEST): Submit the original copy of the "Notification of Results" for each.

| | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 日本語能力試験 Japanese Language Proficiency Test | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 |
| 点数 Score | 点 points | 点 points | 点 points | 点 points | 点 points |
| 合格○・不合格× Pass ○ / Fail × | | | | | |

| | |
|--|--|
| 日本留学試験(日本語) Examination for Japanese University Admission for International Students (Japanese) | J.TEST 実用日本語検定 Test of Practical Japanese (J.TEST) |
| 受験日時 年 月 点 Date and time of examination | 受験日時 年 月 点 Date and time of examination |

上記の通り相違ありません。

The above information is correct.

記入日 西暦 年 月 日 受験者署名_____

パスポート・在留カードの写し添付書

Copy of Passport and Residence Card

| | | |
|-------------------------|----------------------------------|--|
| 日本語読みフリガナ 氏名 Name | 漢字名／カタカナ名 Kanji/furigana name | 英字名 (活字体記入) English name (Please print) |
| | | Family name, given name / Full name |

身分事項記載欄 及び 査証記載欄 Identification and visa information section

※写しを添付 Note: Please attach copies.

【パスポート】Passport

【在留カード】Resident card

健康診断書

Medical Examination Certificate

| | | | |
|------------------------|-----------------------|--------------|----------------|
| 氏名 Name | 姓 Last/family name | 名 First name | |
| 生年月日 Date of birth | 月 month | 日 day | 年 year |
| 性別 Sex | 男 Male | 女 Female | ○付(Circle one) |
| 現住所 Current address | 電話番号 Telephone number | | |

* 上記は志願者が記入してください。(Do not write below. Must be filled in by a physician.)

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| 身長 Height | cm | 体重 Weight | kg |
| 血圧 Blood pressure | _____over_____ | 視力 Vision | 右 Right eye () 左 Left eye () |
| 胸部レントゲン Chest X-ray | 所見 Observations/opinions | 心電図 EKG | 所見 Observations/opinions |
| 尿 Urine | 蛋白 Protein 糖 Sugar | 既往症 体調について Medical history / Past illnesses Present condition | |

医師名
Signature of physician _____

日付
Date _____
月 Month 日 Day 年 Year

診療機関名
Medical institution _____

住所
Address _____

電話番号
Telephone number _____