

応募者データ (JICA ブラジル事務所用)
Dados do candidato (JICA Brasil)

form 1

1	Nome Completo	
	Nome com escrita em japonês	
2	Data de nascimento	Idade: _____ anos
3	Nacionalidade	() Brasileira () Japonesa () Dupla () Outra, especifique:
4	Possui passaporte	() Não () Sim; Validade: / /
	Possui visto americano	() Não () Sim; Validade: / /
5	Identidade (RG / RNE)	
6	Nome da Universidade	
	Curso	
	Período	_____ ano / _____ semestre
7	Endereço para contato	Logradouro:
		Bairro: _____ CEP: _____
		Cidade: _____ UF: _____
8	Contato Pessoal	Res: ()
		Cel: ()
		E-mail: _____
9	Contato do responsável 1 Relação com o estudante: (_____)	Nome: _____
		Res: ()
		Cel: ()
		E-mail: _____
10	Contato do responsável 2 Relação com o estudante: (_____)	Nome: _____
		Res: ()
		Cel: ()
		E-mail: _____
11	Já esteve no Japão?	() Não () Sim, durante: () anos e () meses
12	Já estudou em escola de língua japonesa?	() Não () Sim, durante: () anos e () meses
	Nome da escola:	
13	Conhecimento de língua japonesa:	() Básico () Intermediário () Avançado () Fluente () Nenhum
	Certificado de proficiência	() N1 () N2 () N3 () N4 () N5 () Não Possuo *Anexar a cópia do certificado ao formulário
14	Conhecimento de língua inglesa	() Básico () Intermediário () Avançado () Fluente () Nenhum *Anexar a cópia do certificado ao formulário, caso possua
15	Pratica esporte ou participa de atividade cultural? Qual?	

Education Program for Nikkei Next Generation (University Students)**Personal Information Form**

Date: YYYY MM DD

Attach 4 cm x 3 cm photograph Write your name and country on the back	Furigana			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	Name	Last name	First name	Nationality *Enter the nationality on the passport you will use when you travel	
	Name (English letters)	*Enter the English letters the same way they appear on your passport (or ID card)			
	Birthdate	YYYY MM DD (Age on first day of the program: __)			
	Place of birth	(Generation: __)			
Passport number or ID number					
Home prefecture of parents (grandparents) in Japan	My (parent/grandparent) (name of prefecture)	is from	Name of competent diplomatic establishment	Country: _____ Embassy/Consulate-General/Consulate of Japan (choose one)	
Applicant's current address (in local language)	State/province	City/County		Name of nearest airport (whether domestic or international)	
	TEL:	Email address:			
Name of university Year: __	_____ University, _____ Undergraduate School, _____ Department				
Japanese language proficiency	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor				
Japanese language qualifications	<input type="checkbox"/> JLPT (Level N__) <input type="checkbox"/> Other (Name of qualification: _____ Level: __) <input type="checkbox"/> Have never been tested				
English language proficiency	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor				
English language qualifications	Name of qualification: _____ Score: _____ <input type="checkbox"/> Have never been tested				
Have you ever visited Japan before? *If you have visited Japan before, enter the corresponding institution and purpose. Also, enter the name of any scholarships or other financial aid you received.	<input type="checkbox"/> Yes	Number of visits to Japan: __ (Age during last visit: __)	Cumulative total: Around __ months		
		From YYYY MM DD to YYYY MM DD	Purpose: Did you have a scholarship? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Name of scholarship:		
		From YYYY MM DD to YYYY MM DD	Purpose: Did you have a scholarship? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Name of scholarship:		
Have your parents or siblings participated in training in Japan?	<input type="checkbox"/> Yes	If yes, enter your relationship: 1. My	participated in _____ (program name) in YYYY.		
		<input type="checkbox"/> No	If yes, enter your relationship: 2. My	participated in _____ (program name) in YYYY.	
Name/contact information of parent or guardian	Name: _____ (Relationship to applicant: _____)				
	TEL:		Email address:		
Family information	Name	Relationship to applicant	Age	Occupation and name of employer/school	Do they live with you?
					Yes/No (choose one)
					Yes/No (choose one)
					Yes/No (choose one)
					Yes/No (choose one)

The personal information entered above will be managed and used appropriately in line with the main purposes of use listed in the first section of "Consent Form for Likeness Rights and Use of Personal Information in JICA's Public Relations Media and

「日系社会次世代育成研修（大学生招へいプログラム）」
身上書

年 月 日現在

写真貼付 4.5cm×3.5cm 裏面に氏名・国名 を記入	ふりがな			□男 □女	
	氏名	姓	名	国籍 ※渡航時使用旅券の国籍	
	氏名 (アルファベット)	※アルファベットは旅券(またはIDカード)記載のとおり			
	生年月日	年	月	日 (研修初日の年齢 歳)	
	出生地	(日系 世)			
	パスポート番号 またはID番号				
日本における父母 (祖父母)の出身県	が(続柄) から	管轄在外 公館名	在 日本国 大使館・総領事館・領事館		
応募者 現住所 (現地語で記入)	州/県		市/郡	最寄りの空港名 (居住国内路線便使用可)	
	TEL :		Eメール :		
在学中の大学名 (学年)	大学	学部	学科		
日本語能力	<input type="checkbox"/> 良くできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しかる	<input type="checkbox"/> あまりできない	
日本語資格	<input type="checkbox"/> 日本語能力試験 (レベル N _L)		<input type="checkbox"/> その他 (資格名: レベル)	<input type="checkbox"/> 未受験	
英語能力	<input type="checkbox"/> 良くできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しかる	<input type="checkbox"/> あまりできない	
英語資格	資格名: スコア		<input type="checkbox"/> 未受験		
訪日経験	□有	来日回数	回 (最後の来日 歳頃)	累計 ヶ月程度	
		年 月 日 ~ 年 月 日		目的: 奨学金: □有 □無 奨学金名: □有 □無	
		年 月 日 ~ 年 月 日		目的: 奨学金: □有 □無 奨学金名: □有 □無	
親・兄弟・姉妹の 本邦研修経験の有無	□有	有の場合 1.	が	年度	研修を受講
	□無	有の場合 2.	が	年度	研修を受講
保護者氏名・連絡先	氏名:	(続柄:)			
	TEL :	Eメール :			
家 族 状 況	氏名	続柄	年齢	職業および勤務先・学校名	同居・別居
					同・別
					同・別
					同・別
					同・別

上記個人情報、別途ご提出頂く「JICA各種広報媒体および各種報告書における肖像権使用および個人情報利用承諾書(1. 主な使用・利用目的)」に則って適切に管理・利用させていただきます。

Pledge and Warranty

To the President of the Japan International Cooperation Agency

I hereby pledge that, if selected as a trainee for the Education Program for Nikkei Next Generation (University Students) of JICA, I will devote myself to the program and observe the following items.

1. I will go to Japan and participate in the program according to the prescribed itinerary. Additionally, after the program is complete, I will return to my home country according to the prescribed itinerary.
2. I will act in compliance with the laws and regulations of Japan and the rules and regulations of the university where I am to receive training.
3. I will faithfully follow the instructions and decisions of JICA.
4. When I incur a financial liability due to willful misconduct or gross negligence, I will assume responsibility for paying it and pay it accordingly.
5. I am responsible for all expenses other than those stipulated in JICA's rules for participating in the program.
6. If any of the following items are found to apply to me, and I am ordered to discontinue my participation in the program, I will accept it and immediately return to my home country, following the instructions of JICA.
 - (1) When I have violated the laws and regulations of Japan or committed an act that disrupts the social order.
 - (2) When I have violated the rules and regulations of the university where I am to receive training.
 - (3) When I have not adhered to the details of the allowance determined by JICA or the conditions attached thereto.
 - (4) When I have withdrawn from the program for personal reasons.
 - (5) When it is deemed difficult to continue participating in the program due to a severe mental or physical disability, injury or illness, or the like.
 - (6) When information in my application documents is found to be false
 - (7) When I have received payment for program expenses or equivalent funds other than allowances provided by JICA.
 - (8) For other reasons deemed unavoidable by JICA.
7. In the case referred to in the preceding paragraph, I will not seek any damages whatsoever from JICA resulting from the suspension of payment of allowances or my return to my home country according to the instructions of JICA.

8. I entrust emergency action, medical care, and other matters in the event of unforeseen accidents, injuries, illnesses, and the like to me during the round-trip travel and the program to JICA and medical facilities designated by JICA. Additionally, I am responsible for any expenses that exceed the coverage of the overseas travel accident insurance purchased in advance for participating in the program.
9. I will provide emergency contact information of a parent, guardian, or guarantor to JICA and people involved in the program (e.g. training contractors, host universities) for emergency contact in the event of unforeseen accidents, injuries, illnesses, or other emergencies during the round-trip travel and the program.
10. The establishment and validity of this Pledge and Warranty and the legal relationship between JICA and me is interpreted and determined in accordance with the laws of Japan.
11. After completing the program, I will use the knowledge I have acquired to actively contribute to the development of my local community.

Date: YYYY MM DD

Name of applicant:

Signature:

I certify that I will ensure that the above-named person complies with the matters of the pledge set out above.

Date: YYYY MM DD

Name of parent, guardian, or guarantor:

Relationship to applicant:

Signature:

Current address:

誓約書・保証書

独立行政法人国政協力機構 理事長 殿

私は、貴機構の日系社会次世代育成研修(大学生招へいプログラム)の研修員に選ばれた際は、下記事項を遵守し本研修に精進することを誓約いたします。

1. 所定の日程に基づき来日し、研修に参加すること。また研修終了後も所定の日程に基づき帰国すること。
2. 日本国の法令及び研修先大学等の諸規則を遵守し、行動すること。
3. 貴機構の指示・決定には忠実に従うこと。
4. 故意又は重大な過失により責務を負った際は、自己の責任において弁済すること。
5. 研修参加に係る経費として貴機構の規程で定められた経費以外の費用については、すべて自己負担すること。
6. 次の事項のいずれかに該当すると認められ、研修中止を命ぜられた場合は、それを受け入れ、貴機構の指示に従って速やかに帰国すること。
 - (1) 日本国の法令に違反し、又は社会の秩序を乱す行為をしたとき。
 - (2) 研修先大学等の諸規則に違反したとき。
 - (3) 貴機構が決定した支給手当の内容又はこれに付した条件に違反したとき。
 - (4) 自己の都合により研修を中断したとき。
 - (5) 心身の著しい障害、傷病等のために研修を継続することが困難と認められるとき。
 - (6) 申請書類の記載事項に虚偽が発見されたとき。
 - (7) 貴機構により支給される手当以外の研修費又はこれに相当する資金の支給を受けたとき。
 - (8) その他貴機構が止むを得ないと認める事由があるとき。
7. 前項の場合において、手当の支給中止及び貴機構の指示による帰国により生じたいかなる損害についても、貴機構に何らの請求をしないこと。
8. 往復の渡航期間及び研修期間中、申請者に不慮の事故・怪我・病気等があった場合の応急処置、医療行為等については貴機構及び貴機構指定の医療機関に一任すること。また、予め研修参加に際して付保された海外旅行傷害保険の補償内容を超える経費については自己負担すること。
9. 往復の渡航期間及び研修期間中に不慮の事故・怪我・病気を含む緊急事態が発生した場合の緊急連絡のため、親権者または保証人の緊急連絡先情報を貴機構及び研修関係者(研修業務委託先、受入大学等)へ提供すること。
10. 本誓約書の成立及び効力、並びに貴機構と研修員との間の法律関係は、日本

法に従って解釈又は判断なされるものとする。

11. 本研修終了後は、修得した知識等を活用して、地域社会の発展に積極的に貢献すること。

以上

年 月 日

申請者氏名：

署 名：

上記の者に上述の誓約事項を遵守させることを保証します。

年 月 日

親権者または保証人氏名：

申請者との関係：

署 名：

現 住 所：

病歴申告書 MEDICAL HISTORY

本人または親権者が記入してください。日本語又は英語で明瞭に記入してください。
To be completed by the applicant or trainees. Please fill out in JAPANESE or ENGLISH 署名欄は必ず自筆してください。Signature must be in your own handwriting

氏名/FULL NAME

男/M

姓/Surname : _____

女/F

名/Given Name : _____

他/Non-binary

生年月日/DATE OF BIRTH

日/Date : _____ 月/Month : _____ 年/Year : _____

1. 現在の病状/Present Medical Status

(a) 現在、病気のために薬の服用または医師による定期診察を受けていますか。
Do you currently use any medicine or have regular medical checkup by a physician for your illness?

いいえ/No

はい/Yes

病名/Name of Disease (_____)

薬名/Medication (_____)

「はい」の場合、日本語または英語の医師による診断書を添付してください。
If YES, please attach your doctor's letter (written in English) that describes current status of your illness and agreement to join the program.

(b) 薬または食べ物のアレルギー等がありますか。

Are you allergic to any medication, food etc.?

いいえ/No

はい/Yes

アレルギーのある薬または食べ物等/Name of medication/food you are allergic to(_____)

(c) 障がいのために必要とされる追加支援または設備を記載してください。

Please indicate any needs arising from disabilities that might necessitate additional support or facilities

(_____)

※障害の有無は障害者を研修参加から排除するものではありません。しかしながら、状況に応じて JICA からあなたの障害について詳しい質問を受ける場合があります。
※Disability does not lead to exclusion of persons with disability from the program. However, upon the situation, you may be directly inquired by the JICA official in charge for a more detailed account of your condition.

2. 過去の病歴/Past Medical History

(a) これまでに心臓、肝臓、腎臓疾患等の重大または深刻な病気にかかったことがありますか。 Have you had any illness such as heart, hepatic, kidney disease, etc.?	
<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 病名/Please specify ()

(b) あなた自身またはあなたの家族が結核の診断を受けたことがありますか。 Have you or/and your family members had tuberculosis?	
<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 誰が、いつ/Please specify, who /when ()

(c) メンタルクリニックまたは精神科医の治療を受けたことがありますか。 Have you ever been a patient in a mental clinic or been treated by a psychiatrist?	
<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 病名/Please specify ()

(d) これまでに睡眠障害、摂食障害、その他の適応障害がありましたか。 Have you ever had any sleeping, eating or other disorders?	
<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 詳細/Please specify ()

(e) 過去 3 ヶ月間に次のような症状がありましたか。咳・痰・喀血・就寝時発汗・体重減少・発熱 Have you had any of the following symptoms in the past 3 months? Cough・Phlegm・Hemoptysis・Sweating in sleep・Weight loss・Fever	
<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes 詳細/Please specify ()

3. その他健康面の懸念/Other Medical Issues

1~2に記載されていないものがあれば、記載してください。 If you have any medical issues/conditions that are not described above, please indicate below.

* Are you pregnant?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes
妊娠 週数/Weeks of pregnancy (週目/weeks)	

【研修員記入欄】

私は、上記の設問を読み、全ての質問に正直かつ私の知りうる限りすべて回答したことを証します。

私は、申告しなかった病歴により生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、受け入れます。

私は来日研修に参加した場合、この申告書が研修関係者に確認されることを理解しました。

I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.

I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.

I understand that this Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.

日付/Date : _____ 署名/Signature : _____

氏名/Print Name : _____

【未成年者の保護者記入欄】

私は、上記の設問を読み、全ての質問に正直かつ私の知りうる限りすべて回答したことを証します。

私は、私の子供について申告しなかった病歴により生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、受け入れます。

私は、私の子供が来日研修に参加した場合、この申告書が本研修関係者に確認されることを理解しました。

I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.

I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.

I understand that this Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.

取扱注意
CONFIDENTIAL

様式第3号(第2条及び第14条関係)

日付/Date : _____ 署名/Signature : _____

氏名/Print Name : _____

続柄/Relationship : _____

- ※ 本様式提出後に健康状況に変化が生じたときは JICA 事務所のスタッフへ連絡してください。
- ※ Please notify JICA staff upon any changes in your health condition after submission of the form.

以上/END

