

## 「日系社会リーダー育成事業」申請書

年 月 日現在

申請者本人について		
パスポート表記上の 氏名（ローマ字）	写真 (縦 4cm×横 3cm)	
氏名（日本語）		
国籍		
性別／未婚既婚の別		男性・女性／未婚・既婚
パスポート番号		
生年月日	年 月 日（満 歳）	
出生地	（日系 世）	
現住所 <small>（日本在住者は母国の 住所も記入すること）</small>		
電話及びFAX番号 <small>（日本在住者は母国の電話番 号等も記入すること&lt;国・ 地域番号から&gt;）</small>		
Eメール・アドレス		
訪日経験 <small>（日本への留学経験も 記載すること。また、奨 学金を受給した場合 は、その名前も明記のこ と）</small>	年 月 日 ～ 年 月 日 訪日目的：	
	年 月 日 ～ 年 月 日 訪日目的：	
	年 月 日 ～ 年 月 日 訪日目的：	
年月	学歴／職歴	
	高校卒業	
	大学入学	
	大学（卒業見込・卒業・中退）	

## 「日系社会リーダー育成事業」申請書

年 月 日現在

留学決定（内定）している大学について	
大学名	
研究科	
専攻	
教授名	
履修言語	
住所	
電話及びFAX番号	
研究分野 (募集要項の5. の区分)	
研究課題	
上記研究課題の内容 (簡潔に)	

## 身 上 書

年 月 日現在

氏名				
日本語能力	よく出来る	かなり出来る	少し出来る	できない
読む能力				
書く能力				
話す能力				

英語能力	よく出来る	かなり出来る	少し出来る	できない
読む能力				
書く能力				
話す能力				

緊急連絡先（日本）	本人との関係	氏名	職業	住所、電話・FAX番号等

在日親戚・知人	本人との関係	氏名	職業	住所、電話・FAX番号等

家族状況	本人との関係	氏名	年齢	勤務先	同居／別居

## 健康診断書

受診日 年 月 日

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日(歳)
住所			
身体計測	身長 _____ cm 体重 _____ kg	尿検査	糖 _____ 蛋白 _____
感覚器系	視力 右 _____ 左 _____ 聴力 異常なし・あり	血液検査	血沈 1時間値 _____ mm 2時間値 _____ mm GOT _____ 単位 GPT _____ 単位
呼吸器系	理学的所見 異常なし・あり 胸部X線直接撮影 肺の異常所見 なし・あり  フィルム No.	う歯	未処置歯 _____ 本・処置歯 _____ 本
		その他必要性を認めて実施した検査結果	
		既往歴	
循環器系	理学的所見 異常なし・あり (心雑音 なし・あり) 血圧 (mmHg) (最高) ____ / ____ (最低) 胸部X P心陰影 (上図参照) 異常所見 なし・疑い・あり	総合所見	
上記のとおり診断します。		年 月 日	
所 属 :			
医師氏名 :		(署名)	

# CERTIFICATE OF HEALTH

Name of Applicant (in Roman block capitals) \_\_\_\_\_

Sex (M · F) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Present Address \_\_\_\_\_

<p>Height _____ (cm) Weight _____ (kg)</p> <p><b>1. SENSE SYSTEM</b></p> <p>Eyesight      Right _____ (      )                                   Left _____ (      )</p> <p>Hearing                              <u>Normal / Abnormal</u></p> <p><b>2. RESPIRATORY SYSTEM</b></p> <p>Medical Judgment <u>Normal / Abnormal</u></p> <p>Chest X-Ray Examination</p> <p>Condition of Applicant's Lungs             <u>Normal / Abnormal</u></p> <p>Film No. _____</p> <p><b>3. CIRCULATORY SYSTEM</b></p> <p>Medical Judgment    <u>Normal / Abnormal</u>          (Heart Murmur        <u>Normal / Abnormal</u>)</p> <p>Blood Pressurizes. _____ / _____ dia.</p> <p>Condition of Applicant's Heart          (cf. Above Graph)             <u>Normal / Doubtful / Abnormal</u></p>	<p><b>4. URINE TEST</b></p> <p>Sugar _____ Protein _____</p> <p>(please indicate with +, if you find any disease or abnormality, or with -, if not)</p> <p><b>5. BLOOD TEST</b></p> <p>Precipitation of Blood</p> <p>1 hour later _____ mm</p> <p>2 hours later _____ mm</p> <p>GOT _____ unit</p> <p>GPT _____ unit</p> <p><b>6. DECAYED TOOTH</b></p> <p>Untreated _____ Treated _____</p> <p><b>7. Findings of other tests, if any</b></p> <p><b>8. Previous History</b></p> <p><b>9. Total Judgment for Applicant's Health</b></p>
--	--

Name & Title of Physician \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

# 見本

(※なお、本内諾書は、留学生各自が大学院側と個々に連絡をとり、留学の手続きを進めているか確認するものである。このため、文面の受入条件については、受入先により異なって構わない。)

## 大学受入内諾書

年 月 日

独立行政法人国際協力機構 殿

私は、下記の者が本学の外国人入学試験に合格した場合には、同氏を本学の外国人留学生の制度に基づき当教室で受け入れ、本人希望の研究を指導することを証明します。

記

氏名 \_\_\_\_\_

以上

\_\_\_\_\_ 大学 学部

\_\_\_\_\_ 研究室

\_\_\_\_\_ 印



# 病歴申告書 MEDICAL HISTORY

本人が記入してください。日本語又は英語により明瞭に記入してください。  
To be completed by the applicant himself. Please fill out in **JAPANESE** or **ENGLISH**

氏名/FULL NAME 男/M  
姓/Surname : \_\_\_\_\_ 名/Given Name : \_\_\_\_\_ 女/F

生年月日/DATE OF BIRTH 年齢/AGE :  
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?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> 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 (preferably, written in English) that describes current status of your illness and agreement to join the program.

(b) 妊娠していますか。Are you pregnant?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes : 妊娠月数/Month of pregnancy ( _____ )ヶ月/Month)
---------------------------------	--

(c) 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 or food?

<input type="checkbox"/> いいえ/No	<input type="checkbox"/> はい/Yes アレルギーのある薬または食べ物/Name of medication/food you are allergic to. ( _____ )
---------------------------------	--

(d) 障害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.



取扱注意  
CONFIDENTIAL

氏名／Print Name : \_\_\_\_\_

以上／END

2. 過去の病歴／Past Medical History

(a) 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 significant or serious illness?

いいえ／No

はい／Yes

病名／Please specify ( )

(b) 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?

いいえ／No

はい／Yes

病名／Please specify ( )

3. その他の健康上の問題／Other Medical Problems

もしも、その他の健康上の問題で、上記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 problems that are not described above, please indicate below.

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完全に回答したことを証します。私は、明記されなかった健康状態から生じた健康状態が JICA により補償されず、研修中止に至ることを理解し、認めます。

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

I understand and accept that medical conditions resulting from an undisclosed pre-existing condition may not be financially compensated by JICA and may result in termination of the program.

日付／Date : \_\_\_\_\_ 署名／Signature : \_\_\_\_\_

氏名／Print Name : \_\_\_\_\_

以上／END