

Relação de Formulários para inscrição no Intercâmbio para Universitários

Preencher formulário na versão em japonês ou em inglês.

Relação de formulários em japonês.

研修員 応募書類様式

- 応募者情報
- 身上書（様式第 1 号）
- 誓約書・保証書（様式第 2 号）
- 病歴申告書（様式第 3 号）
- 作文「本研修の参加目的と計画」（様式第 4 号）

Relação de formulários em inglês.

- ☐ Ficha de inscrição
- ☐ Formulário 1: Personal Information Form (Form No. 1)
- ☐ Formulário 2: Pledge and Warranty (Form No. 2)
- ☐ Formulário 3: Medical History Declaration (Form No. 3)
- ☐ Formulário 4: Essay (Purpose and Plans for Participating in the training program) (Form No. 4)

Somente aqueles que forem aprovados na segunda fase da seleção:

- ☐ Formulário de autorização de uso de imagem:
(versão em japonês) 肖像権および個人情報使用承諾書
(versão em inglês) Consent Form concerning the Usage of Likeness and Personal Information in JICA's Publication Media and Reports

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?		

写真貼付 4.5cm×3.5cm 裏面に氏名・国名 を記入	ふりがな	デ カルヴァーリョ イトウ アナ クララ	☐ 男 ☒ 女
	氏 名	姓 名 デ カルヴァーリョ イ藤 アナ クララ	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）記載のどおり Ana Clara de Carvalho Ito	ブラジル
	生 年 月 日	2008 年 01 月 25 日 （研修初日の年齢 17 歳）	
	出 生 地	サンパウロ市	（日系 3 世）
	パスポート番号 またはID番号	XXXXXXXXXXXX	

日本における父母 (祖父母)の出身県		祖父 福岡	が(続柄) から	管轄在外 公館名	在 日本国	サンパウロ 大使館・総領事館・領事館
応募者 現住所 (現地語で記入)		Rua Paineiras, 222 Bairro, CEP				最寄りの空港名 (居住国内路線便使用可)
		サンパウロ		州/県	サントス	市/郡
		TEL : (13) 12345-67789		Eメール : emaildoestudante@email.com.br		
在学中の大学名 2年(学年)		Colegio Pinheiros 大学 法学 学部 法律 学科				
日本語能力 日本語資格		☐ 良くてできる ☒ できる ☐ 少しできる ☐ あまりできない				
		☒ 日本語能力試験 (レベル N3) ☐ その他 (資格名 : レベル) ☐ 未受験				
英語能力 英語資格		☒ 良くてできる ☐ できる ☐ 少しできる ☐ あまりできない				
		資格名 : TOEFL スコア 561 ☐ 未受験				
訪 日 経 験 ※有の場合、機関と目的を記載。また奨学金等受給の場合はその名前も明記のこと。		☒ 有	来日回数 1 回(最後の来日 6 歳頃)		累計 1 ヶ月程度	
			2014年 7 月 4 日～ 2014年 7 月 26日		目的 : 親戚訪問 奨学金 : ☐ 有 ☐ 無 奨学金名 :	
			年 月 日～ 年 月 日		目的 : 奨学金 : ☐ 有 ☐ 無 奨学金名 :	
			年 月 日～ 年 月 日		目的 : 奨学金 : ☐ 有 ☐ 無 奨学金名 :	
親・兄弟・姉妹の 本邦研修経験の有無		☒ 有 ☐ 無	有の場合 1. 母 が 2017 年度 JICA日系社会研修 研修を受講			
			有の場合 2. が 年度 研修を受講			
保護者氏名・連絡先		氏名 : 伊藤 とし (続柄 : 父) TEL : (xx) xxxx-xxxx Eメール : email@email.com				
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
	伊藤とし		父	48	エンジニア	同 別
						同・別
						同・別
						同・別

上記個人情報は、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。

「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 日本語資格	☐ 良くてできる ☐ できる ☐ 少しできる ☐ あまりできない ☐ 日本語能力試験 (レベル N_) ☐ その他 (資格名 : レベル) ☐ 未受験				
英語能力 英語資格	☐ 良くてできる ☐ できる ☐ 少しできる ☐ あまりできない 資格名 : スコア ☐ 未受験				
訪 日 経 験 ※有の場合、機関と目的を 記載。また奨学金等受給の 場合はその名前も明記のこ と。	☐ 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 : 奨学金名 : ☐ 有 ☐ 無		
		年 月 日 ~ 年 月 日	目的 : 奨学金 : 奨学金名 : ☐ 有 ☐ 無		
		年 月 日 ~ 年 月 日	目的 : 奨学金 : 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。

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(

)

アレルギーの程度、過去の状況、薬の所持について詳細に記載してください。Please indicate in detail the degree of allergy, past conditions, and possession of medications etc.

(

)

(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

☐ 不要 ／No	☐ 必要／Yes () ※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

現在、病気の治療、薬の服用または医師による定期診察を受けている場合には必ず

1. 「現在の病状」に記載してください。If you are currently receiving treatment for an illness, taking medication, or receiving regular medical care, please list in 1. 'Present Medical Status'

(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.?	
☐ いいえ／No	☐ 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?	
☐ いいえ／No	☐ 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?	
☐ いいえ／No	☐ 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?	
☐ いいえ／No	☐ 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

☐ いいえ／No	☐ はい／Yes 症状があった場合、病院で診断を受けましたか？病院で受診した際に診断名がありますか？ If you had symptoms, were you diagnosed at a hospital? その後症状が快復したかどうか記載してください。 Please indicate whether the symptoms have recovered since then. ()
---------------------------------	--

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.

*妊娠の可能性／ Possible pregnancy

☒ いいえ／No

☐ 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 : YYYY/MM/DD 署名／Signature : assinar à mão
氏名／Print Name : nome por extenso do(a) estudante

【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.

日付／Date : YYYY/MM/DD 署名／Signature : assinar à mão
氏名／Print Name : nome por extenso da mãe ou do pai
続柄／Relationship : parentesco (pai ou mãe)

- ※ 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

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.

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

作文は1枚に収まらない場合、
用紙を2枚まで提出可能（様式第4号+1枚）

様式第4号（第2条関係）

年 月 日

氏 名： _____

「本研修の参加目的と計画」

※本研修は日系社会の次世代を育成することにより、日系社会・居住国の経済発展及び社会開発に寄与することを目的としています。「本研修をなぜ参加しようと思ったか。どのような目標を持っているか。帰国後、本研修の経験をどのように活かしたいか。」について明確に記載してください。帰国後の計画が記載されていない場合、評価の対象とはいたしません。

Exemplo

以 上

年 月 日

氏 名： _____

「本研修の参加目的と計画」

※本研修は日系社会の次世代を育成することにより、日系社会・居住国の経済発展及び社会開発に寄与することを目的としています。「本研修をなぜ参加しようと思ったか。どのような目標を持っているか。帰国後、本研修の経験をどのように活かしたいか。」について明確に記載してください。帰国後の計画が記載されていない場合、評価の対象とはいたしません。

以 上

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 について

日系社会次世代育成研修プログラムの中で、オンライン参加画面を含め、参加者の写真および動画の撮影を行い、広報用に使用・利用します。

写真、動画および個人情報（所属先、氏名）の使用目的等は下記のとおりです。内容をご確認のうえ、肖像権使用および個人情報利用のご承諾をいただけますようお願いいたします。

なおご承諾いただけない場合でも、研修プログラムへの参加には一切支障ございません。

記

1. 主な使用・利用目的

- ・ JICA が管理・運用するウェブサイト上での使用・利用（電子データ）
 - ・ JICA の出版物（広報誌・年次報告書・機関誌等）への掲載（印刷物、および電子データ）
 - ・ 内部・外部向けの報告書への掲載（印刷物および電子データ）
 - ・ JICA の活動を広報したり、参加者を募集したりするための制作物（パンフレット・チラシ・リーフレット・フライヤー・ポスター等）への掲載（印刷物および電子データ）
 - ・ JICA が運営するソーシャルメディア公式アカウント（詳細は JICA ホームページ（<http://www.jica.go.jp/>）の「JICA ソーシャルメディア公式アカウント一覧」をご覧ください。なお、適時更新されます。以下同じ）上での、JICA による（写真／動画が撮影された）行事に関する投稿等
 - ・ JICA が運営するソーシャルメディア公式アカウント上のデザインを構成するパーツやイメージ素材
- なお、上記ソーシャルメディア公式アカウントにおける各使用に際しては、JICA ソーシャルメディアポリシー及び各ソーシャルメディア運営会社の利用規約等に従うものとします。

2. 使用時期

JICA 事業の広報のために使用するため、JICA が事業を実施する間、必要に応じて使用させて頂く予定です。

3. その他

撮影した写真、画像および個人情報（所属先、氏名）を営利目的で使用することはありません。

以上

肖像権使用および個人情報利用承諾書（研修員用）

私 _____ は、私の肖像が含まれる写真、動画および個人情報（所属先、氏名）を、JICA が上記目的で使用・利用・公開することを承諾し下記に署名します。なお、肖像権使用および個人情報利用に係る対価は求めません。

また、私は、JICA ソーシャルメディアポリシー及び「JICA ソーシャルメディア公式アカウント一覧」を確認したうえで、私の肖像が含まれる写真、動画および個人情報（所属先、氏名）を、「JICA ソーシャルメディア公式アカウント」において JICA が使用・利用するに際しては、各ソーシャルメディア運営会社の利用規約並びに個人情報保護関連関連法令・規定等に従うことを了承します。

年月日 年 月 日

住所 _____

連絡先（e-mail／TEL） _____

所属先 _____

氏名（署名） _____

※提出された個人情報は、一定期間 JICA 中南米部、横浜センター、各在外事務所にて保管されます。

※本書における個人情報（住所および連絡先）は、本人の承諾なしに第三者に対し開示されることはございません。

<参考>

JICA ソーシャルメディアポリシー

<https://www.jica.go.jp/policy/social.html>

JICA ソーシャルメディア公式アカウント

<https://www.jica.go.jp/social/index.html>

個人情報保護関連関連法令・規定等

<https://www.jica.go.jp/disc/personal/laws/index.html>