

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: / / . RG: |
| | Possui visto americano | () Não () Sim; Validade: / / |
| 5 | Nome da Universidade | |
| | Curso | |
| | Período | _____ ano / _____ semestre |
| 6 | Endereço para contato | Logradouro: |
| | | Bairro: CEP: |
| | | Cidade: UF: |
| 7 | Contato Pessoal | Cel: () / Tel. fixo: () |
| | | E-mail: |
| 8 | Contato do responsável 1 Relação com o estudante: (_____) | Nome: |
| | | Cel: () |
| | | E-mail: |
| 9 | Contato do responsável 2 Relação com o estudante: (_____) | Nome: |
| | | Cel: () |
| | | E-mail: |
| 10 | Já esteve no Japão? | () Não () Sim, durante: () anos e () meses |
| 11 | Frequenta entidade nikkei de sua região? | () Não () Sim / Nome da entidade: |
| 12 | Conhecimento de língua japonesa: | () Básico () Intermediário () Avançado () Fluente () Nenhum |
| | Certificado de proficiência de japonês: | () N1 () N2 () N3 () N4 () N5 () Não Possui *Anexar a cópia do certificado ao formulário |
| 13 | Conhecimento de língua inglesa: | () Básico () Intermediário () Avançado () Fluente () Nenhum |
| | Possui certificado de língua inglesa? Se sim, qual? | *Anexar a cópia do certificado ao formulário, caso possua |
| 14 | Pratica esporte ou participa de atividade cultural? Qual? | |

身上書

2026年 1月 16日現在

| | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------------|-------------------|---|
| 写真データ貼付 (顔が明瞭なもの) | ふりがな | こん ダ シルバ | アンドレ フェリペ | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 他 |
| | 氏名 | 姓 混 ダ シルバ | 名 アンドレ フェリペ | 国籍 ※渡航時使用旅券の国籍 |
| | 氏名 (英字) | 姓 Kon Da Silva | 名 Andre Felipe | ブラジル |
| | 生年月日 | 2008 年 8 月 16 日 (研修初日の年齢 17 歳) | | |
| | 出生地 | サンパウロ市 (日系 3 世) | | |
| | 旅券番号 | XX000000 | | |

| | | | |
|-----------------------|--|------------|---------------------------------------|
| 日本における父母 (祖父母)の出身県 | (続柄) 祖父 が (場所) 岩手 から | 管轄 在外公館 | 在 サンパウロ 日本国 大使館 <u>総領事館</u> 領事館 |
| 応募者 現住所 (現地語で記載) | Rua Paineiras, 222 Bairro - CEP サンパウロ 州/県 サントアンドレ 市/郡 | | 最寄りの空港名 (居住国内路線使用可) グアルーリウス |
| | TEL : (11) 91234-5678 | | Email : emaildoestudante@email.com.br |
| 在学中の大学名 | Colegio Pinheiros 大学 法学 学部 法律 学科 2 年 | | |
| 日本語能力 | <input checked="" type="checkbox"/> よくできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> あまりできない | | |
| 日本語資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 日本語能力試験 (N1) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未受験 | | |
| 英語能力 | <input checked="" type="checkbox"/> よくできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> あまりできない | | |
| 英語資格 | 資格名 : TOEFL ibt スコア 110 <input type="checkbox"/> 未受験 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------|---|
| 訪日経験 ※有の場合、期間と目的を記載。また奨学金等受給の場合はその名前も明記のこと。 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 来日回数 1 回 最後の来日 6 歳頃 | 累計 2 ヶ月程度 |
| | 2014 年 7 月 1 日 ~ 2014 年 9 月 1 日 | | 目的 : 親戚訪問 奨学金 : <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 奨学金名 : |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 目的 : 奨学金 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 奨学金名 : |
| 親・兄弟・姉妹の本邦研修経験の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合 <input type="checkbox"/> 無 1. (続柄) 母 が 2000 年度 JICA 日系社会研修 研修を受講 2. (続柄) が 年度 研修を受講 | | |

身上書

年 月 日現在

| | | | | |
|----------------------|------------|--------|---|--|
| 写真データ貼付 (顔が明瞭なもの) | ふりがな | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 他 |
| | 氏名 | 姓 | 名 | 国籍 ※渡航時使用旅券の国籍 |
| | 氏名 (英字) | 姓 | 名 | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (研修初日の年齢 歳) |
| | 出生地 | (日系 世) | | |
| | 旅券番号 | | | |

| | | | | |
|-----------------------|---|---------|------------|------------------------------|
| 日本における父母 (祖父母)の出身県 | (続柄) (場所) | が から | 管轄 在外公館 | 在 日本国 大使館・総領事館・領事館 |
| 応募者 現住所 (現地語で記載) | 州/県 | | 市/郡 | 最寄りの空港名 (居住国内路線使用可) |
| | TEL : | | Email : | |
| 在学中の大学名 | 大学 | | 学部 | 学科 年 |
| 日本語能力 | <input type="checkbox"/> よくできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <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 (N) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未受験 | | | |
| 英語能力 | <input type="checkbox"/> よくできる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <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 ※有の場合、期間と目的を記載。また奨学金等受給の場合はその名前も明記のこと。 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 来日回数 最後の来日 | 回 歳頃 | 累計 ヶ月程度 | |
| | 年 月 日 | ~ | 年 月 日 | 目的 : 奨学金 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 奨学金名 : | |
| | 年 月 日 | ~ | 年 月 日 | 目的 : 奨学金 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 奨学金名 : | |
| 親・兄弟・姉妹の本邦研修経験の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 有の場合 1. (続柄) | が | 年度 | 研修を受講 |
| | | 2. (続柄) | が | 年度 | 研修を受講 |

| | | | | | |
|--------|------------------------|----|-------------------------|--------------|-------|
| 保護者氏名 | 混 常正 (続柄：父) | | | | |
| 保護者連絡先 | TEL : (xx) xxxxxx-xxxx | | Email : 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 |
| | 混 常正 | 父 | 57 | 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。

| | | | | | |
|--------|--------|--------|----|--------------|-------|
| 保護者氏名 | (続柄：) | | | | |
| 保護者連絡先 | TEL： | Email： | | | |
| 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 |

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。

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

2026年 1月 16日

申請者氏名 : Nome do Candidato
署 名 : Assinatura a mão do candidato

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。

2026年 1月 16日

親権者または保証人氏名 : Nome do responsável
申請者との関係 : Parentesco
現住所 : Rua, N° - Bairro - Cidade - Estado - País
署 名 : assinatura a mão do responsável

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：

現住所：

署 名：

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 : 混 ダ シルバ

女/F

名/Given Name : アンドレ フェリペ

他/Non-binary

生年月日/DATE OF BIRTH

日/Date : 16 月/Month : 1 年/Year : 2026

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（医師が現在の状態及び日本での研修に参加することが可能と同意しているレター）を添付してください。 If yes, please attach your doctor's letter (preferably, written in English) that describes the current status of your illness, and gives agreement to your participation in 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.? | |
| <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等/Name of medication/food you are allergic to <hr/> 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. <hr/> <hr/> |

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? | |
| <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（医師が現在の状態及び日本での研修に参加することが可能と同意しているレター）を添付してください。 If yes, please attach your doctor's letter (preferably, written in English) that describes the current status of your illness, and gives agreement to your participation in 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.? | |
| <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.

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?

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 : Assinatura a mão do candidato
氏名／Print Name : 混 ダ シルバ アンドレ フェリペ

【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 : Assinatura a mão do responsável
氏名／Print Name : 混 常正
続柄／Relationship : 父

- ※ **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

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.

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

JICA 各種広報媒体および各種報告書等における 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。
- ・ 研修期間中、報道機関等の外部メディアが取材する場合があります。その場合、外部メディアが撮影した写真や動画が TV や新聞（web、印刷物を含む）等で発信される場合があります。発信された記事等（写真、動画含む）は無期限で残ります。

2. 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 Nome do Candidato 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法令・規定等に従うことを了承します。

年月日 2026 年 1 月 16 日

氏名 Nome do candidato

住所 Endereço

連絡先（E-mail／TEL） emaildoestudante@email.com.br / (xx) xxxxxx-xxxx

氏名 Nome do candidato

署名 Assinatura a mão do candidato

※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ありません。

<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>

個人情報保護関連法令・規定等

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

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法令・規定等に従うことを了承します。

年月日 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

連絡先（E-mail／TEL） _____

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ありません。

<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>

個人情報保護関連法令・規定等

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