

入学申請書

Application for Admission

出願コース・出願時期 Course to apply			
日本語学科長期課程 Long-term Course	<input type="checkbox"/>	進学2年コース Pre-college 2-year course	()年4月入学 Admission: April, (year)
	<input type="checkbox"/>	進学1年9カ月コース Pre-college 21-month course	()年7月入学 Admission: July, (year)
	<input type="checkbox"/>	進学1年6カ月コース Pre-college 18-month course	()年10月入学 Admission: Oct., (year)
	<input type="checkbox"/>	進学1年3カ月コース Pre-college 15-month course	()年1月入学 Admission: Jan. (year)

注:入学申請者自身が作成すること Note: To be Filled in by the Applicant (In Chinese or English)

氏名 Name in Full	漢字(Chinese characters)		写真 (frontal photo) 4 cm×3cm
	In English		
	国籍 出生地 Place of Birth	(国・省・市・県/Country・city)	
出生年月日 Date of Birth	19 年 月 日 (YYYY) (MM) (DD)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 Male / Female	
配偶者 Spouse	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名) With / Without (Name)		
本国住所 Home Address	Tel.(Home) Tel.(Cell)		
旅券番号 Passport No		有効期限 Date of Expiration	年 月 日まで (YY) (MM) (DD)

教育年数(小学～最終学歴) _____年

School education I have received (from elementary school to completion) ()years

学歴 Education Background	学校名 Name of School 学校所在地 Location of School & Tel.	在学期間 Length of Program	入学年月日 Date of Entrance	卒業年月日 Date of Graduation
小学校 Elementary Education	Tel.	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)
中学校 Lower Secondary Education	Tel.	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)
高等学校 Upper Secondary Education	Tel.	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)
専門学校 College	Tel.	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)
大学 University (Bachelor)	Tel.	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)
大学院 University (Master)	Tel.	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)

職歴 : (有 Yes / 無 No)

Occupation Experience

職場名 Name of Employer	所在地 Location & Tel.	在職期間 Period of Employment	
		From	年 月
	Tel.	To	年 月
	Tel.	From	年 月
	Tel.	To	年 月
	Tel.	From	年 月
	Tel.	To	年 月

日本語学習歴

Japanese Language Experience

学校名 Name of Institution	所在地 Location & Tel.	在学期間 Length of Program	
		From	年 月
	Tel.	To	年 月
	Tel.	From	年 月
	Tel.	To	年 月
	Tel.	From	年 月
	Tel.	To	年 月

日本語能力 (検定 Examination : 有 Passed / 無 Not passed)

Knowledge of Language

JLPT(日本語能力試験) J-TEST (J-TEST 実用日本語検定) NAT-TEST	受験日 Examination date	受験レベル Grade:	級	点数 : Score:	点	合 Passed
						否 Not passed
	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	受験レベル Grade:	級	点数 : Score:	点	<input type="checkbox"/> 合・ <input type="checkbox"/> 否
	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	受験レベル Grade:	級	点数 : Score:	点	<input type="checkbox"/> 合・ <input type="checkbox"/> 否
	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	受験レベル Grade:	級	点数 : Score:	点	<input type="checkbox"/> 合・ <input type="checkbox"/> 否

言語 Language	能力 Skill	Proficiency		
		良 Good	可 Fair	不可 Poor
日本語 Japanese	読む Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	書く Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	聞く Listening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	話す Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
英語 English	読む Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	書く Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	聞く Listening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	話す Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

卒業後の予定
Future Study Plan

大学院 Graduate Studies		学科名 Course of Study	
大学 University		学科名 Course of Study	
短期大学 Junior College		学科名 Course of Study	
専門学校 College		学科名 Course of Study	

日本国への滞在歴: 有(回数 回/直近の出入国から書いてください)・ 無
Previous Stay in Japan: Yes () times (Write from the latest visit) / No

入国年月日 Date of Entry	出国年月日 Date of Departure	在留資格 Status	在留期間 Period of Stay	入国目的 Purpose of Entry
年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)			
年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)			
年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)			
年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)			
年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)			

在日親族 (父・母・配偶者・子・兄弟姉妹・叔父叔母・同居者及び友人等)

Family (Father, Mother, Spouse, Son, Daughter, Brother, Sister or others) or friends in Japan

関係 Relationship	氏名 Name in Full	生年月日 Date of birth	国籍 Nationality	同居予定 Residing with applicant?	① 自宅住所・電話番号 Address/Telephone ② 勤務先・通学先 Place of employment/school	在留資格 Status of residence	在留期限 Period of stay Residence card No.
				<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No	① Tel. ② Tel.		
				<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No	① Tel. ② Tel.		
				<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No	① Tel. ② Tel.		
				<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No	① Tel. ② Tel.		

家庭状況 Family

氏名 Name in Full	関係 Relationship	年齢 Age	職業 Occupation	住所 Address

経費支弁者名 (申請人本人記入)

Person responsible for your fees (To be Filled in by the Applicant)

氏名 Name in Full		関係 Relationship	
住所 Address	【Tel.】		
職業 Occupation			
職場名 Employer (Office)			
住所 Address	【Tel.】		

氏名 Name in Full		関係 Relationship	
住所 Address	【Tel.】		
職業 Occupation			
職場名 Employer (Office)			
住所 Address	【Tel.】		

留学予定期間(日本語学校及び卒業後、大学等留学予定期間を含む)

年 月 ~ 年 月, ____年間

The period to stay in Japan (including the period to attend IAY and other schools after graduating from IAY): _____ To: _____ for _____ Years

(YY) (MM) (YY) (MM)

上記の通り相違ありません。

I swear the above to be true and correct.

日付: 年 月 日

Date: _____

(YY) (MM) (DD)

申請人本人署名:

Signature (applicant):

Certificate of Health

(IAY format-6)

健康診断書

Name in full 氏名 :	<input type="checkbox"/> Male 男	Date of birth 生年月日 :	Nationality 国籍 :
<input type="checkbox"/> Female 女			
Address 住所 : 〒 _____			
Tel. _____			

Medical Items 診断事項					
Height 身長	cm	Weight 体重	kg	Blood type 血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Eyesight 視力	Without glasses 裸眼	With glasses 矯正	Hearing 聴力		Color perception 色神
Left 左			Left 左		<input type="checkbox"/> Normal 正常
Right 右			Right 右		<input type="checkbox"/> Abnormal 異常

Chest X-ray examination エックス線検査 <input type="checkbox"/> Normal 健康 <input type="checkbox"/> To be re-checked 要観察 <input type="checkbox"/> Requires medical treatment 要医療 Date of examination: 撮影年月日 _____	Medical History & Age of Disease 主な既往症と罹患時の年齢 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis 肺結核 _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Bronchial asthma 気管支喘息 _____ Age 才</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epilepsy てんかん _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiac diseases 心臓疾患 _____ Age 才</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rheumatic fever リウマチ _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Mental disorder 精神病 _____ Age 才</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stomach diseases 胃疾患 _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Malaria マラリア _____ Age 才</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nervous disorder 神経症 _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 _____ Age 才</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infantile paralysis 小児マヒ _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Allergy アレルギー _____ Age 才</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kidney diseases 腎疾患 _____ Age 才</td> <td><input type="checkbox"/> Others その他 _____ Age 才</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 肺結核 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Bronchial asthma 気管支喘息 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Epilepsy てんかん _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Cardiac diseases 心臓疾患 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever リウマチ _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Mental disorder 精神病 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Stomach diseases 胃疾患 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Malaria マラリア _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Nervous disorder 神経症 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Infantile paralysis 小児マヒ _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Allergy アレルギー _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Kidney diseases 腎疾患 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Others その他 _____ Age 才
<input type="checkbox"/> Tuberculosis 肺結核 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Bronchial asthma 気管支喘息 _____ Age 才														
<input type="checkbox"/> Epilepsy てんかん _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Cardiac diseases 心臓疾患 _____ Age 才														
<input type="checkbox"/> Rheumatic fever リウマチ _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Mental disorder 精神病 _____ Age 才														
<input type="checkbox"/> Stomach diseases 胃疾患 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Malaria マラリア _____ Age 才														
<input type="checkbox"/> Nervous disorder 神経症 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 _____ Age 才														
<input type="checkbox"/> Infantile paralysis 小児マヒ _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Allergy アレルギー _____ Age 才														
<input type="checkbox"/> Kidney diseases 腎疾患 _____ Age 才	<input type="checkbox"/> Others その他 _____ Age 才														
Doctor's statements 所見:	Other remarks 其他特記事項:														

After examination I attest that the applicant's health and physical condition is: 診断の結果、本人の健康状態は次の通りです。	
Excellent 優 . . . <input type="checkbox"/> Good 良 . . . <input type="checkbox"/> Fair 可 . . . <input type="checkbox"/> Poor 不可 . . . <input type="checkbox"/>	
I hereby certify the above statements to be true. 上記の通り相違ないことを証明致します。	
Date : 診断年月日 _____	
Name of the health organization: 医療機関名 _____	
Address : 住所 _____	TEL : _____
Physician's signature: 医師の署名・捺印 _____	(Seal)

経費支弁書 (学費・生活費支弁証明書)

(IAY 書式-7 日本語訳)

日本国法務大臣 殿

申請人国籍 : _____
申請人氏名 : _____
生年月日 : _____年 _____月 _____日生 (□男・□女)

私は、この度、上記の者が日本国に在留中の経費支弁者になりましたので、下記の通り経費支弁の引き受け経緯を説明するとともに、経費支弁について誓約します。

1. 経費支弁の引受経緯 (申請人の経費支弁引き受け経緯及び申請人との関係を記載して下さい)

2. 経費支弁内容及び方法

私 _____ は、上記の者の日本国滞在について、下記のとおり経費支弁することを誓約します。また、上記の者が在留期間更新許可申請を行う際には、送金証明書又は、本人名義の預金通帳等で生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

(記)

(1)学費 年間 _____ 円
(2)生活費 月額 _____ 円
(3)入国時持参予定額 _____ 円
(4)支弁方法 (送金等支弁方法を具体的にお書き下さい。)

3. 支弁者

姓名(署名) : _____ (印)
申請人との関係 : _____
自宅住所 : _____
自宅電話 : _____ 携帯電話 : _____

姓名(署名) : _____ (印)
申請人との関係 : _____
自宅住所 : _____
自宅電話 : _____ 携帯電話 : _____

年 月 日

Certificate of Guarantor

To Masayuki Tsuiki
President
IAY International Academy

I, _____, pledge to be a guarantor of the applicant below.

During the period when the applicant changes his/her status of visa from a student of IAY to other, in any event, I will take all the responsibility as stated below.

- 1) Payment of school fees, living expenses, and other expenses for the applicant during his/her stay in IAY
- 2) In the event either the applicant is expelled from school by going against the school rules that IAY has set, or violates any laws or regulations of Japan, I will have him/her leave Japan immediately.
- 3) In the event that the whereabouts of the applicant are unknown in Japan, I will be responsible for any expenses incurred from search and repatriation.

Applicant

Nationality:

Name:

Birth date: Male / female)

Date

Guarantor of identity

Name: (Seal)

Relationship with applicant:

Address:

Tel:

Cellphone: