

外国人研究生入学願書

Application form for Special student

年 月 日
Year Month Day

茨城大学長 殿 To: President of Ibaraki University

私は、研究生として下記のとおり研究したいので、入学許可くださるようお願いいたします。

I would like to study at your university as a special student as below, please approve it.

1. 氏名 (Name)			写真 Photo 40mm × 30mm
氏 Family Name	名 First Name	Middle Name	
アルファベット (Alphabet) (パスポートに記載のアルファベット)			
自国語 (Native language) (漢字名がある場合、漢字で記入)			
カナ表記 (Phonetic)			
2. 国籍等 (Nationality)	母国語 (Native language)	3. 生年月日 (Date of birth) 年 月 日 (歳) Year Month Day Age	4. 性別 (Gender) <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 Male ・ Female
5. 現職等 (Present position) <input type="checkbox"/> 在学 (Student) <input type="checkbox"/> 在職 (Employed) <input type="checkbox"/> 無職 (Unemployed) <input type="checkbox"/> その他 (Others:) (在学先又は勤務先の名称 (The name of school / company):)			
6. 現住所等 (Address) Tel: _____ E-mail: _____			
7. 志望学部・研究科 (Desired Course) 学部研究生 (Special Students) <input type="checkbox"/> 人文社会科学部 (College of Humanities) <input type="checkbox"/> 教育学部 (College of Education) <input type="checkbox"/> 理学部 (College of Science) <input type="checkbox"/> 工学部 (College of Engineering) <input type="checkbox"/> 農学部 (College of Agriculture) 大学院研究生 (Special Research Students) <input type="checkbox"/> 人文社会科学研究科 (Graduate School of Humanities) <input type="checkbox"/> 教育学研究科 (Graduate School of Education) <input type="checkbox"/> 理工学研究科 (Graduate School of Science and Engineering) <input type="checkbox"/> 農学研究科 (Graduate School of Agriculture)			
8. 研究期間 (Research Period) 年 月 から 年 月 まで From: Year Month To: Year Month		9. 指導教員名 ※事前に内諾を得た教員 (Advisory Professor)	
10. 研究題目 (Study Subject)			
11. 入学手続書類等送付先 (日本国内に限る。上記6「現住所」と同じ場合は省略可。) (The address to where the application forms to be sent. Only Japanese address is available. If the address is the same as #6, you do not need to fill this column) 氏名 (Name): _____ 住所 (Address): _____ Tel: _____ E-mail: _____			
12. 緊急時の連絡先 (日本国内に限る。代理人でも可) (Emergency Contact in Japan) 氏名 (Name): _____ 住所 (Address): _____ Tel: _____ E-mail: _____			

(裏面に続く) (Continue to the next page)

※下欄は記入しないでください。(DO NOT FILL ANYTHING in the following columns)

指導教員:	学科	氏名	印
主任教員:	学科	氏名	印

区分	日付	印	区分	日付	印
受付	年 月 日		入学料	年 月 日	
検定料	年 月 日		授業料	年 月 日	
教授会	年 月 日		許可	年 月 日	

【確認事項】

(1) 「在留資格認定証明書」の代理申請について

国外居住者（日本国内に住所を有しない者）のため、日本に入国するための「在留資格認定証明書」の代理申請を

希望します ・ 希望しません

※本学以外に代理人がない方のみ「希望します」を選択してください。

(2) 宿舎の入居について

宿舎（水戸：国際交流会館、日立：工学部国際交流会館、阿見：農学部国際交流会館）への入居を

希望します ・ 希望しません

※「希望します」を選択したとしても、必ずしも入居できるとは限りません。

(3) チューターについて

学生生活をサポートするチューターをつけることを

希望します ・ 希望しません

※「希望します」を選択したとしても、必ずしもチューターがつくとは限りません。

※日本での生活に十分慣れていて、チューターがいなくても学生生活に支障をきたさないと判断される場合は、「希望しません」を選択してください。

(4) 代理人について

※国外居住者のみ以下を記入。

国外居住者の場合、出願書類、選考結果等の受領及び検定料、入学料の納入等のため、代理人に代行してもらうこととなりますので、代理人に了解を得たうえで代理人の情報を記入してください。

代理人氏名 _____

出願者との関係 _____

代理人住所 _____

代理人連絡先 _____

履 歴 書 (外国人研究生)

Resume (For Special Student)

年 月 日現在
Year Month Day

	氏 Family Name	名 First Name	Middle Name
アルファベット(Alphabet) (パスポートに記載のアルファベット)			
自国語(Native language) (漢字名がある場合、漢字で記入)			
カナ表記(Phonetic)			

写真 Photo 40mm × 30mm

国籍 (Nationality)		自国住所(Address in your country)
現住所(国内) (Address in Japan)	〒 ()	TEL
勤務先 (Company Name if you are employed)	〒 ()	TEL

学歴(Education)			
初等教育(小学校) (Elementary School)	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年
	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年
中等教育(中学校、高校) (Junior High School, High School)	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年
	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年
	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年
高等教育(大学、大学院) (University/Graduate)	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年
	学校名(The name of Elementary School)	年 月入学 Year Month 年 月卒業 Year Month	修学年数 (Attendance Period) 年

上記を通算した全ての学校教育修学年数(The accumulated periods for all the above) : 年

休学等、在籍中に修学を中断した期間及びその理由(The period and reason that you took leave of absence)

期間(Period) :

理由(Reason) :

裏面に続く(Continue to the next page)

身元保証書

Letter of Guarantee

年 月 日
Year Month Day

茨城大学長 殿

To: President of Ibaraki University

保証人氏名

Guarantor

現住所

Present address

電話番号

Telephone number

勤務先

Workplace

勤務先住所

Address of work place

勤務先電話番号

Telephone number of work place

本人との関係 (詳しく記入願います)

Relationship with the applicant (Fill in details)

下記の者について、研究期間中における身元及び経費負担(学費・生活費等)の一切を私が引き受けることを保証いたします。

I hereby guarantee that I accept identity and any expenses (tuition, living expenses etc.) during the research period for the following applicant.

志願者氏名

Name of applicant

生年月日

Date of birth

承 諾 書

Letter of acceptance

年 月 日
Year Month Day

茨城大学長 殿

To: President of Ibaraki University

所 属 機 関 :

Organization _____

職 名 :

Position _____

氏 名 :

Name _____

押印又は署名 :

Seal or Signature _____

このたび、下記の者が、 年 月 日から 年 月 日
まで貴学研究生として入学することを承諾いたします。

I hereby accept that the following applicant enroll at your university from
_____ to _____ as special student as special student.

記

1 職 名

Position _____

2 氏 名

Name of applicant _____

3 生年月日

Date of birth _____

健康診断書

診察担当医が明瞭に記載してください

各欄は必ず記入し、所見のない場合でも空欄とせず、「なし」または斜線を記入し、記載漏れのないことがわかるようにしてください

氏 名： _____

男 女

生年月日： _____

年 齢： _____

1. 身体検査

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- (2) 血 圧 _____ ~ _____ mm/Hg 脈拍 整 不整
- (3) 視 力 (R) _____ (L) _____ 裸眼 矯正
- (4) 聴 力 正常 低下
- (5) 言 語 正常 異常
- (6) 肺 正常 異常
- (7) 心 臓 正常 異常 → 心電図 (_____)

2. 胸部X線検査 (6ヶ月以内の検査のみ有効)



撮影日 _____

所見 _____

3. 尿検査： 糖 () たんぱく () 潜血 ()

4. 病歴および既往症

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> マラリア | <input type="checkbox"/> その他の感染症 |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 精神疾患 | <input type="checkbox"/> 腎疾患 |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 肺疾患 | <input type="checkbox"/> 消化器疾患 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |

5. 現在治療中の病気 無 有

(病名・詳細 _____)

障害の有無 無 有

(詳細 _____)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

Please fill out (PRINT/TYPE) in English and mark ✓ in appropriate by a physician.

Name (Full spell): _____

Male Female

Date of Birth: _____

Age: _____

1. Physical Examination

(1) Height: _____ cm Weight: _____ kg

(2) Blood pressure: _____ ~ _____ mm/Hg Pulse: regular irregular

(3) Eyesight: (R) _____ (L) _____ without With glasses or contact lenses

(4) Hearing: normal impaired

(5) Speech: normal impaired

(6) L u n g s: normal impaired

(7) H e a r t: normal impaired → Electrocardiograph (_____)

2. Chest X-ray examinations (Record within 6 months)



Date _____

Describe the condition of applicant's lungs:
(_____)

3. Urinalysis : glucose (_____) protein (_____) occult blood (_____)

4. Past history or present illness

Tuberculosis Malaria Other infectious disease

Epilepsy Psychosis Kidney disease

Heart disease Lung disease Gastrointestinal disease

Thyroid disease Collagen disease Diabetes mellitus

Drug allergy Food allergy

Others (_____)

5. Under medical treatment at present : No Yes

Conditions/particulars(_____)

Physical disability : No Yes

Conditions/particulars (_____)

6. Status of immunization

Indicate the date of vaccine, a physician documented history, or serologic evidence of immunity.

Varicella / Chicken pox : History of onset : Date of diagnosis ()

Serum Antibody Titer: _____(date)

Date of vaccination : Date 1 () Date 2 ()

Measles : History of onset : Date of diagnosis ()

Serum Antibody Titer : _____(date)

Date of vaccination : Date 1 () Date 2 ()

7. The applicant's health status is adequate to pursue studies in Japan.

YES NO

8. Additional comments. If he/she needs special supports, please describe in detail.

Physician's Signature : _____ Date : _____

Physician's Name (Print) : _____

Office/Institution : _____

Address : _____

Phone : _____ Fax : _____

E-mail address : _____

Please do not fill in the following.

* Judgment	<input type="checkbox"/> No medical examination required <input type="checkbox"/> Medical examination required (Before admission) <input type="checkbox"/> Medical examination required (After admission)
-------------------	---