



群馬大学 交換留学制度 申請書  
Gunma University Students Exchange Program  
Application Form 2017 Spring and Fall Semester

1. 氏名 (パスポート記載と同様の氏名を記載) Legal Name: (your name as it appears on your valid passport)

[Family name] [First name] [Middle name]

英語の氏名  
Name in Roman block capitals  
フリガナ  
Name katakana

漢字名  
Name in Kanji if you have


2. 性別 Sex :  男 Male  女 Female

3. 国籍 Nationality : \_\_\_\_\_

4. 生年月日 Date of Birth : \_\_\_\_ [月/Month] \_\_\_\_ [日/Day] \_\_\_\_ [年/Year]

5. メールアドレス Email address \_\_\_\_\_

6. 所属大学名 Home University : \_\_\_\_\_

入学年月日 Date of Entrance : \_\_\_\_ [月/Month] \_\_\_\_ [年/Year]

現在の年次 Present College year : \_\_\_\_\_

学部・学科 Department : \_\_\_\_\_

所属大学で専攻している専門分野

Your major at your home university : \_\_\_\_\_

写真貼付

Paste your photograph  
taken within 6 months.

Also send your photo  
graph data in JPG for  
mat or PMG format b  
y e-mail.

7. 留学希望期間 Period of study:

1年 One year  from April 2017 to March 2018

from October 2017 to September 2018

半年 Six months (one semester)  from April 2017 to September 2017

from October 2017 to March 2018

\* 大学の寮「群馬大学国際交流会館」に入居できない場合はどうしますか？

What is your plan if it is not possible for you to enter the dormitory "Gunma University International House"?

大学が指定する民間アパート (家賃3万円/月) に入居します。I'll enter a private apartment. (¥30,000 /m).

留学希望を取り消します。I'll cancel my application for this program.

8 希望する所属学部 Intended faculty to belong in

昭和地区 Showa Campus  医学 Medicine  保健学 Health Sciences

桐生地区 Kiryu Campus  理工学 Science and Technology

荒牧地区 Aramaki Campus  教育学 Education

社会情報学 Social and Information Studies

\* 文部科学省の国費留学生「日本語・日本文化研修留学生」に応募していますか？

Are you applying for Japanese Government (MEXT) Scholarship Program "Japanese Studies Students"?

No  Yes → 採用の場合、日本のどこの大学を希望しますか？ \_\_\_\_\_ 大学/University

If your application is approved, in which Japanese university would you like to enroll?  
→ 不採用の場合、奨学金がなくても群馬大学への交換留学を希望しますか？

If your application is not approved, would you consider enrolling in Gunma University  
with no scholarship funding?  Yes  No

## 9. 交換留学中に履修すべき授業数

Number of the classes necessary to complete during the exchange program:

(1)  あります。Yes, I have. 授業の数 Number of classes ( )授業の内容  日本語  理工学  その他( )

Course contents Japanese Language Science and Technology Other( )

\*単位認定が必要な場合、事前に所属大学の指導教員と留学中の履修科目についてよく確認しておいてください。

If you are required to have your study during the exchange program granted its credits, consult with your college tutor well about which classes you need to take before coming to Japan.

(2)  特に単位認定は必要ありません。

I don't need any credit of the classes during my study in this program.

## 10. 学習(研究) 計画 Essay of study plan \*別紙で1枚作成してください。書式自由。

\* Prepare a separate sheet. The format is free-style

## 11. 交換留学中の計画 Plans during your exchange program

(1)  群馬大学留学中に、日本の大学院を受験し、入学する希望があります。

During my period of study in Gunma, I plan to take the admissions examination for a graduate school in a Japanese university in order to pursue my graduate studies.

入学希望時期:  October 2017  April 2018  October 2018Preferred date of enrollment in Gunma 希望の課程:  Master 修士  Doctor 博士

## 12. 交換留学後の計画 Plans after completing your exchange program in Gunma

(1) 群馬大学交換留学終了後、母国に帰国する時期 : \_\_\_\_\_[月/Month] \_\_\_\_\_[年/Year]

Period to return to my country after completing my exchange program in Gunma

(2) 所属大学を修了する時期 : \_\_\_\_\_[月/Month] \_\_\_\_\_[年/Year]

Planned completion of studies at my home university

## 13-1. 家族の連絡先 Contact Person of your family

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

## 13-2. 所属大学の連絡先 Contact Person of your home university

Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

以上、必要書類を添付し、群馬大学への交換留学を申請します。

With the attached necessary official documents, I would like to apply for the Program.

申請日 \_\_\_\_\_

Date of Application

申請者氏名(署名)

Applicant's signature \_\_\_\_\_

\* No. 14 及び No. 15は指導の先生が記入してください。群馬大学から申請者の語学能力や専門分野などについて照会する場合があります。

\* No.14 and or No. 15 should be filled out by the faculty advisor him/herself. The language ability and details regarding the area of specialty for the verified applicants may apply.

申請者氏名 Name of the applicant \_\_\_\_\_

14. 所属大学のアカデミックアドバイザー Academic faculty advisor

Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

E-mail address \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

15. 言語能力 Language Proficiency :

(1) 日本語の学習歴 Japanese learning background

学習機関名 Name of Institution \_\_\_\_\_

学習期間 Period of Study from [月/Month] [年/Year] to [月/Month] [年/Year]

授業で学習した合計時間 Total class study hour \_\_\_\_\_ 時間 / hours

(2) 日本語 Japanese	優 Excellent	良 Good	普通 Fair	劣 Poor	不可 Bad
読む能力 Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書く能力 Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
話す能力 Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※「普通Fair」をJLPT N3合格程度の日本語能力として評価してください。

Please evaluate his/her proficiency such as "Fair" equals passed JLPT N3 level.

(3) 日本語能力試験(JLPT)による資格  1級/ N1  2級/ N2  3級/ N3  無/ No  
Japanese Proficiency of "Japanese Proficiency Exam. (JLPT) by Japan Foundation if the applicant have.

(4) 英語 English	優 Excellent	良 Good	普通 Fair	劣 Poor	不可 Bad
読む能力 Reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書く能力 Writing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
話す能力 Speaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書

Name(氏名):  
 Family name \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_ Middle name \_\_\_\_\_  
 Sex (性別) :  M (男)  F (女)  
 Date of birth (生年月日) : \_\_\_\_\_  
 Present address (現住所) : \_\_\_\_\_  
 Telephone (電話) : \_\_\_\_\_

1 Height (身長): \_\_\_\_\_ cm Weight (体重): \_\_\_\_\_ kg

Blood pressure (血圧): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Visual acuity(視力): Without glasses [R] \_\_\_\_\_ [L] \_\_\_\_\_  
 : With glasses or contact lenses(矯正視力) [R] \_\_\_\_\_ [L] \_\_\_\_\_

Hearing(聴力): [R]  Normal(正常)  Abnormal(異常)  
 [L]  Normal(正常)  Abnormal(異常)

Urine(尿): Proteinuria(蛋白)  (+)  (-) Glycosuria(糖)  (+)  (-)  
 Hematuria(潜血)  (+)  (-) Urobilinogen(ウロビリノーゲン)  (+)  (-)

2 Past illness [Please specify if any.]  
 (既往症 もし、既往症があれば詳しく記入してください。)

3 Present condition of health [If you currently have any disease or handicap, please describe in detail.]  
 (現在の状態 もし、病気または異常があれば詳しく記入してください。)

4 Chest X-ray [If any abnormal signs are found, please describe in detail.]  
 (胸部X線 X線検査の結果を撮影年月日とともに記入してください。)

Film No. (フィルム番号) \_\_\_\_\_

Chest X-ray findings (胸部X線所見) \_\_\_\_\_

Date of chest X-ray examination (撮影年月日) \_\_\_\_\_

5 Health and physical condition [Please check ]  
 (健康状態 該当に $\square$ を付けてください。)

Excellent (優良)  Good (良)  Fair(可)  Abnormal (不可)

Date (日付): \_\_\_\_\_ Signature (署名): \_\_\_\_\_

Institution(検査施設名): \_\_\_\_\_

Address(所在地): \_\_\_\_\_