



2021 年度
群馬大学 交換留学制度 申請書
Gunma University Students Exchange Program
Application Form for April 2021

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 Chinese characters if applicable

2. 性別 Gender: 男 Male 女 Female その他 Unspecified

3. 国籍 Country of Citizenship: _____

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 into university: ____ [月/Month] ____ [年/Year]

現在の年次 Current School Year: _____

学部・学科 Faculty: _____

所属大学で専攻している専門分野

Major at home university: _____

写真貼付

Paste your photograph taken within 6 months.

Also send your photograph data in JPG format or PMG format by e-mail.

7. 留学希望期間 Period of study:

1年 One year from April 2021 to March 2022

半年 Six months (one semester) from April 2021 to September 2021

その他 from MM, YYYY to MM, YYYY

(Between April 2021 to September 2022, maximum one year)

* 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 the dormitories of "Gunma University International House" are full?

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 designated by Gunma University. (¥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 Faculty wishing to study

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 for "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, which Japanese university you would like to enroll in?
 → 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 like to enroll in Gunma University without a scholarship? Yes No

9. 交換留学中に履修すべき授業数

Number of classes you need to take during this 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 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 exchange your credits, please consult with your college tutor about the 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 to exchange any credits during the exchange program.

10. 学習(研究) 計画 Please write your study plan *別紙で1枚作成してください。書式自由。

* Prepare an additional sheet with free format.

11. 交換留学中の計画 Plans during the study period of exchange program

(1) 群馬大学留学中に、群馬大学大学院を受験し、入学する希望があります。

During my study as an exchange student, I plan to take the examinations for graduate school of Gunma University.

入学希望時期: October 2021 April 2022Expected 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]

I will go back to my country after the exchange program. Date _____[月/Month] _____[年/Year]

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

The expected date of completion at your home university

13-1. 家族の連絡先 Contact of your family

Name _____ Relationship _____

E-mail _____ Phone No. _____

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

Name _____ Position _____

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。

I would like to apply for the exchange program at Gunma University with the attached documents.

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 Education background of Japanese language

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 hours _____ 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", which equals 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 has taken it.

(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"/>

健康診断書

(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH


(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	Surname 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 yyyy mm dd

1. 身体検査
Physical examination

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)血圧 Blood pressure	mmHg~ mmHg	(4)血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内)
Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 yyyy mm dd
		フィルム番号 Film No.	
		(1)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

3. 現在治療中の病気
Disease currently being treated

無 No 有 Yes : 病名 Disease

4. 既往症
Past illness/disorder

<p>該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 病名Name 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	<input checked="" type="checkbox"/> 病名Name 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
	結核 Tuberculosis	マラリア Malaria
	その他感染症 Other communicable disease	てんかん Epilepsy
	腎疾患 Kidney disease	心疾患 Heart disease
	糖尿病 Diabetes	薬剤アレルギー Drug allergy
<input checked="" type="checkbox"/> 無し None	精神疾患 Psychosis	四肢機能障害 Functional disorder in the extremities

5. 検査
Laboratory tests

(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	白血球数 WBC count	血色素量 Hemoglobin
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	GOT (AST)	貧血 Anemia
	mm/Hr	/cmm	gm/dl
	(IU/l)	(IU/l)	(IU/l)

6. 医師の診断・意見
Physician's impression of the applicant's health

継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。
Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

7. In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan? 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか?

YES (はい) NO (いいえ)

※Please be sure to check either "YES" or "NO".
必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。

日付 Date
医師署名 Physician's Signature
検査施設名 Office/Institution
所在地 Address