

IAY インターナショナルアカデミー IAY 国際日本語学科 IAY International Academy

## 入学申請書

Application for Admission

出願コース・出願時期			
日本語学科長期課程 Long-term Course	<input type="checkbox"/>	進学2年コース	( )年4月入学
	<input type="checkbox"/>	進学1年9カ月コース	( )年7月入学
	<input type="checkbox"/>	進学1年6カ月コース	( )年10月入学
	<input type="checkbox"/>	進学1年3カ月コース	( )年1月入学

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		写真 Photo  4.5cm×4.5cm
	In English		
	国籍 出生地 Place of Birth	(国・省・市・県)	
出生年月日 Date of Birth	19 年 月 日 (YY) (MM) (DD)	男・女 Male / Female	
配偶者 Spouse	無 有 (氏名)		
本国住所 Home Address	Tel.(Home) _____ Tel.(Mobil) _____		
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

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)
短期大学 Junior College	_____ Tel. _____	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)
大学 University	_____ Tel. _____	年 Year(s)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)	年 月 日 (YY) (MM) (DD)

職歴：( 無・有 )

## Occupation Experience

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

日本語能力 (検定 無・有)

## Knowledge of the Languages

日本語能力試験 J-TEST 実用日本語検定 日本留学試験(EJU)等の受験歴	受験日	受験レベル	級	点数：	点	合・否
	年 月 日	受験レベル	級	点数：	点	合・否
	年 月 日	受験レベル	級	点数：	点	合・否
	年 月 日	受験レベル	級	点数：	点	合・否

言語 Languages	能力 Skill	评价・Proficiency		
		良 Good	可 Fair	不可 Poor
日本語 Japanese	読む Reading			
	書く Writing			
	聞く Listening			
	話す Speaking			
英語 English	読む Reading			
	書く Writing			
	聞く Listening			
	話す Speaking			

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	
その他 Other			

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 form 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 Relation-ship	氏名 Name in Full	生年月日 Date of birth	国籍 Nation-ality	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	外国人登録証明書 番号 Alien Registration NO.
				はい・いいえ Yes/No	① Tel. ② Tel.			
				はい・いいえ Yes/No	① Tel. ② Tel.			
				はい・いいえ Yes/No	① Tel. ② Tel.			
				はい・いいえ Yes/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

氏名 Name in Full		関係 Relationship	
住所 Address	Tel.		
職業 Occupation			
職場名 Company	住所	Tel.	

氏名 Name in Full		関係 Relationship	
住所 Address	Tel.		
職業 Occupation			
職場名 Company	住所	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

Proposed Period of Study: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_ Years  
(YY) (MM) (YY) (MM)

上記の通り相違ありません。

I hereby declare upon my honor the above to be true and correct.

日付: 年 月 日

Date: \_\_\_\_\_  
(YY) (MM) (DD)

申請人本人署名:

Signature: \_\_\_\_\_



# Certificate of Health

## 健康診断書

(IAJ 書式-6)

Name in full 氏名 :	Male 男 / Female 女	Date of birth 生年月日 :	Nationality 国籍 :
Address 住所 : 〒 _____			
Tel. _____			

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

<p>Chest X-ray examination エックス線検査</p> <p>Normal 健康 <input type="checkbox"/></p> <p>To be re-checked 要観察 <input type="checkbox"/></p> <p>Requires medical treatment 要医療 <input type="checkbox"/></p> <p>Date of examination: 撮影年月日 _____</p> <p>Doctor's statements 所見: _____</p>	<p>Medical History &amp; Age of Disease 主な既往症と罹患時の年齢</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">• Tuberculosis <input type="checkbox"/> _____ Age 肺結核 才</td> <td style="width: 33%;">• Bronchial asthma <input type="checkbox"/> _____ Age 気管支喘息 才</td> </tr> <tr> <td>• Epilepsy <input type="checkbox"/> _____ Age てんかん 才</td> <td>• Cardiac diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 心臓疾患 才</td> </tr> <tr> <td>• Rheumatic fever <input type="checkbox"/> _____ Age リウマチ 才</td> <td>• Mental disorder <input type="checkbox"/> _____ Age 精神病 才</td> </tr> <tr> <td>• Stomach diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 胃疾患 才</td> <td>• Malaria <input type="checkbox"/> _____ Age マラリア 才</td> </tr> <tr> <td>• Nervous disorder <input type="checkbox"/> _____ Age 神経症 才</td> <td>• Diabetes <input type="checkbox"/> _____ Age 糖尿病 才</td> </tr> <tr> <td>• Infantile paralysis <input type="checkbox"/> _____ Age 小児マヒ 才</td> <td>• Allergy <input type="checkbox"/> _____ Age アレルギー 才</td> </tr> <tr> <td>• Kidney diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 腎疾患 才</td> <td>• Others <input type="checkbox"/> _____ Age その他 才</td> </tr> </table> <p>Other remarks その他特記事項: _____</p>	• Tuberculosis <input type="checkbox"/> _____ Age 肺結核 才	• Bronchial asthma <input type="checkbox"/> _____ Age 気管支喘息 才	• Epilepsy <input type="checkbox"/> _____ Age てんかん 才	• Cardiac diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 心臓疾患 才	• Rheumatic fever <input type="checkbox"/> _____ Age リウマチ 才	• Mental disorder <input type="checkbox"/> _____ Age 精神病 才	• Stomach diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 胃疾患 才	• Malaria <input type="checkbox"/> _____ Age マラリア 才	• Nervous disorder <input type="checkbox"/> _____ Age 神経症 才	• Diabetes <input type="checkbox"/> _____ Age 糖尿病 才	• Infantile paralysis <input type="checkbox"/> _____ Age 小児マヒ 才	• Allergy <input type="checkbox"/> _____ Age アレルギー 才	• Kidney diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 腎疾患 才	• Others <input type="checkbox"/> _____ Age その他 才
• Tuberculosis <input type="checkbox"/> _____ Age 肺結核 才	• Bronchial asthma <input type="checkbox"/> _____ Age 気管支喘息 才														
• Epilepsy <input type="checkbox"/> _____ Age てんかん 才	• Cardiac diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 心臓疾患 才														
• Rheumatic fever <input type="checkbox"/> _____ Age リウマチ 才	• Mental disorder <input type="checkbox"/> _____ Age 精神病 才														
• Stomach diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 胃疾患 才	• Malaria <input type="checkbox"/> _____ Age マラリア 才														
• Nervous disorder <input type="checkbox"/> _____ Age 神経症 才	• Diabetes <input type="checkbox"/> _____ Age 糖尿病 才														
• Infantile paralysis <input type="checkbox"/> _____ Age 小児マヒ 才	• Allergy <input type="checkbox"/> _____ Age アレルギー 才														
• Kidney diseases <input type="checkbox"/> _____ Age 腎疾患 才	• Others <input type="checkbox"/> _____ Age その他 才														

<p>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。</p> <p style="text-align: center;">Excellent 優 . . . □      Good 良 . . . □      Fair 可 . . . □      Poor 不可 . . . □</p>	
<p>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。</p> <p>Date : 診断年月日 _____</p> <p>Name of the health organization: 医療機関名 _____</p> <p>Address : _____ TEL : _____</p> <p>Physician's signature: _____ (Seal)</p>	

## 経費支弁書 (学費・生活費支弁証明書)

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 (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

## 身元保証書

IAY インターナショナルアカデミー  
校長 対木正文 殿

私、\_\_\_\_\_ は、下記申請人の日本滞在中の身元保証を行うことを誓約します。

貴校入学のための就学ビザから他のビザへの変更までの期間、下記の内容に抵触した場合は、貴校に対し、全ての保障責任をとり、一切ご迷惑をおかけしないことをお約束します。

### 記

- 1) 申請者の貴校在学中の学費、生活費、その他必要とする費用の支払い。
- 2) 貴校が定める学則に違反し除籍処分になった場合、または、日本国法令に違反した場合、速やかに出国させること。
- 3) 所在不明になった場合の搜索費用と出国にかかる費用の負担。

申請人国籍：

申請人氏名：

申請人生年月日： 年 月 日生 (男・女)

年 月 日

身元保証人氏名： ⑩

申請人との関係：

身元保証人住所：

身元保証人自宅電話番号：

身元保証人携帯番号：