

# 同志社大学 交換留学プログラム願書 (2019年度)

## Application Form for Exchange Program at Doshisha University (2019)

Semester dates 2019 of Doshisha University

2019 年春学期 (2019 年 4 月 1 日 ~ 2019 年 9 月 14 日)

Spring Semester 2019 (April 1<sup>st</sup>, 2019 to September 14<sup>th</sup>, 2019)

2019 年秋学期 (2019 年 9 月 15 日 ~ 2020 年 3 月 31 日)

Fall Semester 2019 (September 15<sup>th</sup>, 2019 to March 31<sup>st</sup>, 2020)

本学へ留学するものは、同志社大学のセメスター最終日まで、あなたの大学に在籍している必要があります。

You are required to be registered as a student at your home university until the last day of the semester at Doshisha University.

を付けてください Please choose and check .

Yes はい、セメスター終了日まで、所属大学に在籍します。I will have been registered as a student at my university until the day.

No いいえ、セメスター終了前に、現所属大学の籍がなくなります。I will no longer be a student at my university by the day.

◆希望する所属先を選択して  を付けてください Please choose and check which center you would like to join

各センターの内容についてはインフォメーションシートを確認してください Please refer the Information Sheet about the each center

グローバル教育センター (英語で行われる日本の文化・社会・自然に関する授業を中心に学ぶ)

Center for Global Education (mainly studying Japanese Culture, Society, and Nature in English)

日本語・日本文化教育センター (日本語で行われる日本語・文化に関する授業を中心に学ぶ)

Center for Japanese Language and Culture (mainly studying Japanese language and culture in Japanese)

Personal Information

1. 氏名 (パスポート表記と一致させてください・Exactly as it appears in your passport)

Full name

(in Roman letters)

姓 Family \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ 名 First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_

漢字 (パスポート表記と一致させてください・Exactly as it appears in your passport)

Name in Kanji

(if applicable)

姓 Family \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ 名 First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_

氏名(カタカナ) \*全員

Name in Katakana

\*all applicants

姓 Family \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ 名 First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_

写真貼付欄  
3 cm x 4 cm  
正面脱帽のもの

Color Photo 3 x 4 cm  
taken within 3  
months.  
full front face,  
without hat

2. 国籍 \_\_\_\_\_ 3. 性別 男 ・ 女 4. 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
Nationality Sex Male Female Date of birth year month day

5. 留学予定期間 Intended period of study at Doshisha: from \_\_\_\_\_ 年 Year \_\_\_\_\_ 月 month \_\_\_\_\_ 日 day for 1年 One year ・ 1学期 One semester

どちらかに ○を付けて下さい / Please circle

6. 語学能力 Proficiency in languages

母国語 / Native Language → ( _____ )					左記に自己評価を記入すること Please make a self-assessment of your abilities in the left table.  A: 優 Excellent B: 良 Good C: 可 Fair D: 不可 Poor
外国語名 Name of Language	読解力 Reading	筆記力 Writing	聴解力 Listening	会話力 Speaking	
日本語 Japanese					
英語 English					

7. 日本語学習経験 Experience with Japanese language study

注: 日本への留学経験や、現在の在籍大学での学習経験など、**すべての日本語学習経験を記入してください。**

Note: Please write the total actual **hours** of **all experiences of studying Japanese** such as experience of studying in Japan, and also at the university you are currently attending etc...

学校名 Name of School	学校所在地 Location	日本語学習期間 Period of Japanese study	年数 Years	総学習時間 Total <b>actual Hours</b> of Study
		_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年間 (years)	
		_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年間 (years)	
		_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年間 (years)	

8. 学歴 Educational background

(**現在、在籍している大学も記載し、卒業見込み年月を必ず明記してください。**

**including your home university currently attending and fill in year and month when you are expected to graduate.**)

注: 小学校から、通学したすべての学校を年代順に記入すること。欄内にすべて書くことができない場合、別紙に記述し添付すること。

Note: List, in chronological order, all schools you attended starting with elementary school (**if space is insufficient, please attach a separate sheet.**)

	学校名 Name of School	学校所在地 Country	在学期間 Period of Attendance	修業年限 Course Term	学位 Degree
小学校 Elementary School			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
中学校 Junior High School			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
高等学校 High School			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
大学 College or Univ. ・ 大学院等 Graduate School and other			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	
			_____ , _____ to _____ , _____ (year) (month) (year) (month)	年 (years)	

\* 同志社大学留学開始時点での在籍大学での課程に ○ を付けてください。

Please circle your course at your home Institution when you start the exchange program at Dshisha University.

学部 Undergraduate/Bachelor

修士 Master

博士 Doctor

\* 所属学部、学科、専攻等を記入してください。主専攻と副専攻がある場合は両方記入してください。  
Please state your faculty, department and major. If you have major, double major or minor, please write both.

学部 Faculty \_\_\_\_\_ 学科 Department \_\_\_\_\_

専攻 Major \_\_\_\_\_

学部 Faculty \_\_\_\_\_ 学科 Department \_\_\_\_\_

専攻 Major or Minor \_\_\_\_\_

9. 修学上の支援 Academic study support

\* 障害や病気があり、修学上の支援が必要な場合は具体的に記入してください。

\* Please specify if you need academic study support because of any disability or special needs



※グローバル教育センター所属希望の学生で、日本語学習経験のある学生は提出してください。

Students who selected to join the Center for Global Education and have experienced studying Japanese, please submit this form.

※日本語・日本文化教育センター所属希望の学生は、必ず提出してください。

Students who selected to join the Center for Japanese Language and Culture, please submit this form.

日本語講師、日本政府在外公館員または日本語能力を認定できる方に記入を依頼してください。

This report should be completed by one of the following persons:

A Japanese instructor

A diplomatic or consular official of the Japanese Government

Anyone who can certify the applicant's Japanese proficiency

日本語能力認定書  
Proficiency in Japanese

出願者氏名

Name of applicant: \_\_\_\_\_  
(Family name first)

熟達程度を○で囲むこと。(Circle the appropriate word)

	優	良	可	不足
読 解 力 Reading ability	Excellent	Good	Fair	Poor
筆 記 力 Writing ability	Excellent	Good	Fair	Poor
聴 解 力 Listening ability	Excellent	Good	Fair	Poor
会 話 力 Speaking ability	Excellent	Good	Fair	Poor

上記評価の方法

Criteria for the evaluation : \_\_\_\_\_

教 授 法

Teaching methods : \_\_\_\_\_

使用した教科書

Textbook used : \_\_\_\_\_

備 考

Remarks : \_\_\_\_\_

所属機関および役職名

Name of institution and position : \_\_\_\_\_

氏 名

Full name : \_\_\_\_\_

現 住 所

Present address : \_\_\_\_\_

日 付

署名

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

健康診断書 Health Certificate

(診断医に記入してもらってください) to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English with clarity.

氏名 Name: \_\_\_\_\_ □ 男 Male □ 女 Female 生年月日 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Year / Month / Day

1. 身体検査 Physical Examination

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

(2) 血圧 Blood pressure \_\_\_\_\_ mm/Hg ~ \_\_\_\_\_ mm/Hg

(3) 視力 Eyesight: (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ 裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses

(4) 聴力 Hearing: □正常 normal □低下 impaired 言語 Speech: □正常 normal □異常 impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること (6ヶ月以上前の検査は無効) Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest x-rays (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are NOT valid).



肺 Lungs: □正常 normal □異常 impaired

心臓 Cardiomegaly: □正常 normal □異常 impaired

← Date \_\_\_\_\_

Film No. \_\_\_\_\_

異常がある場合 in case "impaired" 心電図 Electrocardiograph: □正常 normal □異常 impaired

3. 現在治療中の病気 Under medical treatment at present □Yes (Conditions/particulars: \_\_\_\_\_) □No

4. 既往症 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery Tuberculosis.....□ ( . . . ) Malaria.....□ ( . . . ) Other communicable disease.....□ ( . . . ) Epilepsy.....□ ( . . . ) Kidney disease.....□ ( . . . ) Heart disease.....□ ( . . . ) Diabetes.....□ ( . . . ) Drug allergy.....□ ( . . . ) Psychosis.....□ ( . . . ) Functional disorder in extremities.....□ ( . . . )

5. 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又はNoにチェックをしてください。 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? Yes □ No □

6. 特記すべき事項 Particulars or additional comments: \_\_\_\_\_

日付 Date: \_\_\_\_\_ 署名 Signature: \_\_\_\_\_

医師氏名 Physician's Name (Print): \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution: \_\_\_\_\_

所在地 Address: \_\_\_\_\_