



関西大学 Kansai University

日本語・日本文化教育プログラム語学留学コース 受講申込書

Application Form for Japanese Language and Culture Course (JLC)

Attach photo here
(4cm × 3cm)

※日本語または英語で、楷書体にて記入すること。
※ Please fill in either in Japanese or English clearly with block letters.

1 氏名 (Name)

漢字またはカタカナ (Full name in katakana or kanji)

氏 (Family name) サトー 名 (Given name) ステファニー アリシア

アルファベット (Full name in alphabet)

(First) Stephanie (Middle or Other) Alicia (Last) Sato

2 国籍 (Nationality)

USA

3 性別 (Sex)

男 (Male) 女 (Female)

4 生年月日 (Date of birth)

1997 年 (Year) 9 月 (Month) 1 日 (Day)

5 旅券番号 (Passport number)

48×××4567

有効期限 (Date of expiration) 2026 年 (Year) 9 月 (Month) 1 日 (Day)

6 電話番号 (Telephone)

+1-×××-678-9012 (Fax) N/A

7 住所 (Mailing address)

1000 ABC Street, St. Louis, Mo 63103 USA

(E-mail) sato•••@gmail.com

8 在籍大学 (Name of home university)

ABC University

9 在籍区分 (Registered program)

大学 (Undergraduate) 修士 (Master's course) 博士 (Doctoral course)

10 学部 (Faculty/Course)

Foreign Language

11 年次 (Current year of study)

1年次 (1st year) 2年次 (2nd year) 3年次 (3rd year)

4年次 (4th year) 5年次 (5th year) 卒業 (Graduated) その他 (Other)

12 留学開始予定時期 (Intended start of study)

4月開始 (from April) 9月開始 (from September)

13 留学期間 (Terms of enrollment)

1学期、6か月 (1 semester, 6 months) 2学期、1年 (2 semesters, 1 year)

14 大学寮 (University Dormitory)

はい、大学寮を希望します。(Yes, please arrange my room in the dormitory.)

私は大学寮以外の住居を自分で探します。(I will find off-campus accommodation myself.)

学 歴 (Summary of Educational Experience)			
学校名 School Name (s)	所在地 City and Country	年 齢 Your ages while attending	入学・卒業年 Calendar years attended
<i>××× High School</i>	<i>St. Louis USA</i>	<i>15 ~ 18</i>	<i>2012</i> 年 (year) <i>9</i> 月 (month) ~ <i>2015</i> 年 <i>6</i> 月
<i>ABC University</i>	<i>St. Louis USA</i>	<i>18 ~ 19</i>	<i>2015</i> 年 <i>9</i> 月 ~ <i>2017</i> 年 <i>2</i> 月
		~	年 月 ~ 年 月

日 本 語 能 力 (Japanese Language Proficiency)			
あなたは、日本語を勉強したことがありますか? (Have you studied Japanese before?) <input checked="" type="checkbox"/> はい (Yes) <input type="checkbox"/> いいえ (No)			
何年間くらい勉強しましたか? (If yes, how long have you studied Japanese?) 約 (about) <u>1</u> 年 (Years) <u>6</u> 月間 (Months)			
日本留学試験 (日本語) (記述を除く点数の合計) Examination for Japanese University Admission for International Students (Japanese as a foreign language) (except writing)		点 <input checked="" type="checkbox"/> 未受験 _____ points Never taken	
日本語能力試験 Japanese Language Proficiency Test	<u>N2</u> 級合格 _____ level passed	点 <input type="checkbox"/> 未受験 _____ points Never taken	
実用日本語検定 (J. Test) Test of Practical Japanese (J. Test)	_____ 級合格 _____ level passed	点 <input checked="" type="checkbox"/> 未受験 _____ points Never taken	
英 語 能 力 (English Language Proficiency)			
母語 (Native language)	TOEFL	IELTS	その他の資格 (Others)
<input checked="" type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Others ()	PBT <input type="checkbox"/> CBT <input type="checkbox"/> iBT <input type="checkbox"/> 点 _____ points	_____ 点 _____ points	
留学の目的 (Statement of purpose for your study abroad) ※可能な限り日本語で記入のこと。(If you have learned Japanese, try to write in Japanese.) <u>× × ○ ○ × × ○ ○ × × ○ ○</u> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- <u>× × ○ ○ × × ○ ○ × × ○ ○</u>			

申込者誓約事項 (Applicant's Declaration)	
1	本申請書に虚偽事項のないことを誓います。 I declare that all my statements in this application are true.
2	語学留学コース受講案内を熟読し、理解しました。 I have read and understood the Admission Guide for JLC.
3	滞在中については、日本の国民健康保険に加入することに同意します。 I agree to join Japanese National Health Insurance during my stay.
4	関西大学での留学に際しては、大学のすべての規則を遵守します。 I will conform to all University regulations while studying at Kansai University.
署名 Signature	<i>Stephanie Sato</i> 日付 Date 2016 年 year 10 月 month 1 日 day

保証人 (経費支弁者) (Guarantor/Sponsor)	
※保証人が記入してください。Must be filled by the guarantor/sponsor.	
関西大学 学長 殿 私は、申込者 <u>Stephanie Sato</u> が関西大学語学留学コースを受講する間、 経費支弁を含む申込者本人に関する一切の事項について保証します。 To: The President of Kansai University I will bear full responsibility including financial matter for the applicant, <u>Stephanie Sato</u> , for the duration of his/her studies in JLC at Kansai University.	
保証人名 Name of Guarantor/Sponsor	<i>Bob Sato</i> 出願者との関係 Relationship to the applicant <i>father</i>
電話 Tel. <i>+1-XXXX-678-9012</i>	Eメール E-mail <i>bobsatoXXX@gmail.com</i>
住所 Address <i>1000 ABC Street, St. Louis, Mo 63103 USA</i>	
勤務先名 Name of employer <i>ABC Company</i>	職業 Occupation <i>Engineer</i>
勤務先住所 Office Address <i>1111 XY Street, St. Louis, Mo, 63103, USA</i>	年収 Annual income <i>¥ 4,000,000</i>
署名 Signature <i>Bob Sato</i>	日付 Date 2016 年 year 10 月 month 1 日 day

関西大学 健康診断証明書

Kansai University Certificate of Health

医師により日本語または英語で記載してください。

To be completed in Japanese or English by the examining physician.

氏名 Name Sato Stephanie Alicia 男 Male 女 Female
Family First Middle

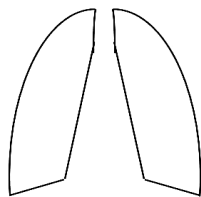
生年月日 Date of Birth (yyyy/mm/dd) 1997 / 9 / 1 年齢 Age 20

身体測定 Physical Examinations

身長 Height 164 cm 体重 Weight 60 Kg
 血液型 Blood Type A B O A B Rh / + -
 聴力 Hearing 正常 Normal 所見あり Impaired
 視力 Eyesight (R) 1.0 (L) 1.0 (R) (L)
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses

エックス線検査 (6ヶ月以内のものに限る)

X-ray Examination (Must have been taken within 6 months.)



← Describe the condition of applicant's lungs.

肺 lung 正常 normal 所見あり impaired
 心拡大 cardiomegaly 正常 normal 所見あり impaired
 (心拡大がある場合のみ) 心電図 正常 normal 所見あり impaired
 (in case of cardiomegaly) Electrocardiogram

Date 2016 / 9 / 3

既往歴 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery.

結核 Tuberculosis (/ /) マラリア Malaria (/ /)
 その他、伝染病 Other communicable disease (/ /)
 てんかん Epilepsy (/ /) 腎疾患 Kidney Disease (/ /)
 心疾患 Heart Disease (/ /) 糖尿病 Diabetes (/ /)
 薬物アレルギー Drug Allergy (/ /) 心理的障害 Psychological disorder (/ /)
 身体機能障害 Functional Disorder in extremities (/ /)

現在治療中の病気 Yes (Disease :)

Disease treated at present No

「はい」と答えた場合、薬品の服用や治療を日本での滞在中も続ける必要がありますか? Yes No

If yes, does he/she need to continue taking medication or treatment during his/her stay in Japan?

「はい」と答えた場合、現在服用中の薬品や受けている治療について詳細を教えてください。

If yes, please provide detailed information regarding the medication or treatment he/she has been taking:

薬品・治療の種類 Type of medication/treatment:

()

頻度 Frequency () times (per week · per day)

診察医の印象を述べてください。Please describe your impression.

Healthy-able to study abroad

本人の診断・検査の結果や既往症から判断して、現在の健康の状況は日本への留学に十分耐えうるものと思われますか?

In view of his/her medical history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

日付 Date 2016 / 9 / 3 署名 Signature Carlos Gonzales Yes No

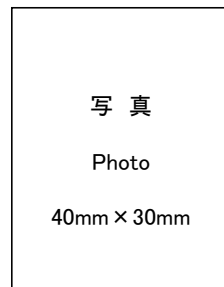
医師氏名 Physician's name in print Carlos Gonzales

検査施設名 Office/Institution ABC University Medical Center

所在地 Address 1234 ABC Street, St. Louis, Mo 6313, USA

在留資格認定証明書交付申請書
APPLICATION FOR CERTIFICATE OF ELIGIBILITY

To the Director General of 大阪 入国管理局長 殿
Regional Immigration Bureau



出入国管理及び難民認定法第7条の2の規定に基づき、次のとおり同法第7条第1項第2号に掲げる条件に適合している旨の証明書の交付を申請します。
Pursuant to the provisions of Article 7-2 of the Immigration Control and Refugee Recognition Act, I hereby apply for the certificate showing eligibility for the conditions provided for in 7, Paragraph 1, Item 2 of the said Act.

1 国籍・地域 Nationality/Region USA
2 生年月日 Date of birth 1997 年 9 月 1 日
Year Month Day

3 氏名 Name Sato Stephanie Alicia **Name of applicant in alphabet

4 性別 Sex 男 / 女 Male / Female
5 出生地 Place of birth St. Louis, Missouri, USA
6 配偶者の有無 Marital status 有 / 無 Married / Single

7 職業 Occupation Student
8 本国における居住地 Home town/city St. Louis, Missouri

9 日本における連絡先 Address in Japan 関西大学国際教育センター(日本語・日本文化教育プログラム語学留学コース)
大阪府吹田市山手町3丁目3番35号
電話番号 Telephone No. 06-6368-1174
携帯電話番号 Cellular phone No.

10 旅券 Passport (1)番号 Number 48 x x x 4567
(2)有効期限 Date of expiration 2026 年 9 月 1 日
Year Month Day

11 入国目的(次のいずれか該当するものを選んでください。) Purpose of entry: check one of the followings
I「教授」 I「教育」 J「芸術」 J「文化活動」 K「宗教」 L「報道」
"Professor" "Instructor" "Artist" "Cultural Activities" "Religious Activities" "Journalist"
L「企業内転勤」 M「経営・管理」 L「研究(転勤)」
"Intra-company Transferee" "Business Manager" "Researcher (Transferee)"
N「研究」 N「技術・人文知識・国際業務」 N「技能」
"Researcher" "Engineer / Specialist in Humanities / International Services" "Skilled Labor"
N「特定活動(研究活動等)」 O「興行」 P「留学」 Q「研修」 Y「技能実習(1号)」
"Designated Activities (Researcher or IT engineer of a designated org)" "Entertainer" "Student" "Trainee" "Technical Intern Training (1)"
R「家族滞在」 R「特定活動(研究活動等家族)」 R「特定活動(EPA家族)」
"Dependent" "Designated Activities (Dependent of Researcher or IT engineer of a designated org)" "Designated Activities(Dependent of EPA)"
T「日本人の配偶者等」 T「永住者の配偶者等」 T「定住者」
"Spouse or Child of Japanese National" "Spouse or Child of Permanent Resident" "Long Term Resident"
「高度専門職(1号イ)」 「高度専門職(1号ロ)」 「高度専門職(1号ハ)」 U「その他」
"Highly Skilled Professional(i)(a)" "Highly Skilled Professional(i)(b)" "Highly Skilled Professional(i)(c)" Others

12 入国予定年月日 Date of entry 2017 年 月 日
Year Month Day
13 上陸予定港 Port of entry Kansai International Airport

14 滞在予定期間 Intended length of stay 6 months
15 同伴者の有無 Accompanying persons, if any 有 / 無 Yes / No

16 査証申請予定地 Intended place to apply for visa Chicago

17 過去の出入国歴 Past entry into / departure from Japan 有 / 無 Yes / No
(上記で「有」を選択した場合) (Fill in the followings when the answer is "Yes")
回数 回 直近の出入国歴 年 月 日 から 年 月 日
time(s) The latest entry from Year Month Day to Year Month Day

18 犯罪を理由とする処分を受けたことの有無(日本国外におけるものを含む。) Criminal record (in Japan / overseas)
有(具体的内容) Yes (Detail:) 無 / No

19 退去強制又は出国命令による出国の有無 Departure by deportation / departure order 有 / 無 Yes / No
(上記で「有」を選択した場合) 回数 回 直近の送還歴 年 月 日
(Fill in the followings when the answer is "Yes") time(s) The latest departure by deportation Year Month Day

20 在日親族(父・母・配偶者・子・兄弟姉妹など)及び同居者 Family in Japan (Father, Mother, Spouse, Son, Daughter, Brother, Sister or others) or co-residents

Table with 7 columns: 続柄, 氏名, 生年月日, 国籍・地域, 同居予定, 勤務先・通学先, 在留カード番号. Row 1: NONE, empty, empty, empty, はい/いいえ, empty, empty.

※ 20については、記載欄が不足する場合は別紙に記入して添付すること。なお、「研修」、「技能実習」に係る申請の場合は記載不要です。
Regarding item 20, if there is not enough space in the given columns to write in all of your family in Japan, fill in and attach a separate sheet.
In addition, take note that you are not required to fill in item 20 for applications pertaining to "Trainee" / "Technical Intern Training".

21 通学先 Place of study

(1) 名称 関西大学国際教育センター(日本語・日本文化教育プログラム語学留学コース)
Name of school

(2) 所在地 〒564-8680 (3) 電話番号 06-6368-1174
Address 大阪府吹田市山手町3丁目3番35号 Telephone No.

22 修学年数 (小学校～最終学歴) 14 年
Total period of education (from elementary school to last institution of education) Years

23 最終学歴 (又は在学中の学校) Education (last school or institution) or present school

(1) 在籍状況 卒業 在学中 休学中 中退
Registered enrollment Graduated In school Temporary absence Withdrawal
 大学院 (博士) 大学院 (修士) 大学 短期大学 専門学校
Doctor Master Bachelor Junior college College of technology
 高等学校 中学校 小学校 その他 ()
Senior high school Junior high school Elementary school Others

(2) 学校名 ABC University (3) 卒業又は卒業見込み年月 2019 年 7 月
Name of the school Date of graduation or expected graduation Year Month

24 日本語能力 (専修学校又は各種学校において日本語教育以外の教育を受ける場合に記入)
Japanese language ability (Fill in the followings when the applicant plans to study at advanced vocational school or vocational school (except Japanese language))

試験による証明 Proof based on a Japanese language test
(1) 試験名 (2) 級又は点数 Attained level or score

日本語教育を受けた教育機関及び期間 Organization and period to have received Japanese language education
機関名

期間: 年 月 から 年 月 まで
Period from Year Month to Year Month

その他
Others

25 日本語学習歴 (高等学校において教育を受ける場合に記入)
Japanese education history (Fill in the followings when the applicant plans to study in high school)

日本語の教育又は日本語による教育を受けた教育機関及び期間
Organization and period to have received Japanese language education / received education by Japanese language
機関名

期間: 年 月 から 年 月 まで
Period from Year Month to Year Month

26 滞在費の支弁方法等 Method of support to pay for expenses while in Japan

(1) 支弁方法及び月平均支弁額 Method of support and an amount of support per month (average)

本人負担 円 在外経費支弁者負担 100,000 円
Self Yen Supporter living abroad Yen
 在日経費支弁者負担 円 奨学金 円
Supporter in Japan Yen Scholarship Yen
 その他 円
Others Yen

(2) 送金・携行等の別 Remittances from abroad or carrying cash

外国からの携行 円 外国からの送金 100,000 円
Carrying from abroad Yen Remittances from abroad Yen
(携行者 携行時期) その他 円
Name of the individual carrying cash Date and time of carrying cash Others Yen

(3) 経費支弁者 Supporter

① 氏名 Bob Sato
Name
② 住所 1000 ABC Street, St. Louis, Mo 63103. USA 電話番号 +1-xxx-678-9012
Address Telephone No.
③ 職業 (勤務先の名称) ABC Company 電話番号 +1-xxx-678-9012
Occupation (place of employment) Telephone No.
④ 年収 4,000,000 円
Annual income Yen

- (4) 申請人との関係 (上記(1)で在外経費支弁者負担又は在日経費支弁者負担を選択した場合に記入)
 Relationship with the applicant (Check one of the followings when your answer to the question 26(1) is supporter living abroad or Japan)
- 夫 妻 父 母 祖父 祖母 養父 養母
 Husband Wife Father Mother Grandfather Grandmother Foster father Foster mother
- 兄弟姉妹 叔父(伯父)・叔母(伯母) 受入教育機関 友人・知人
 Brother / Sister Uncle / Aunt Educational institution Friend / Acquaintance
- 友人・知人の親族 取引関係者・現地企業等職員
 Relative of friend / acquaintance Business connection / Personnel of local enterprise
- 取引関係者・現地企業等職員の親族 その他 ()
 Relative of business connection / personnel of local enterprise Others

- (5) 奨学金支給機関 (上記(1)で奨学金を選択した場合に記入)
 Organization which provide scholarship (Check one of the following when the answer to the question 26(1) is scholarship)
- 外国政府 日本国政府 地方公共団体
 Foreign government Japanese government Local government
- 公益社団法人又は公益財団法人 () その他 ()
 Public interest incorporated association / Public interest incorporated foundation Others

27 卒業後の予定 Plans after graduation

- 帰国 日本での進学
 Return to home country Enter school of higher education in Japan
- 日本での就職 その他 ()
 Find work in Japan Others

28 本邦における申請人の監護人(通学先が中学校又は小学校の場合に記入)

Actual guardian in Japan (Fill in the following if the applicant is to study at a junior high school or elementary school)

- (1) 氏名 (2) 本人との関係 受入教育機関職員
 Name Relationship with the applicant
- (3) 住所 関西大学国際教育センター(日本語・日本文化教育プログラム語学留学センター)
 Address 〒564-8680 大阪府吹田市山手町3丁目3番35号
- 電話番号 06-6368-1174 携帯電話番号
 Telephone No. Cellular Phone No.

29 申請人, 法定代理人, 法第7条の2第2項に規定する代理人

Applicant, legal representative or the authorized representative, prescribed in Paragraph 2 of Article 7-2.

- (1) 氏名 (2) 本人との関係
 Name Relationship with the applicant
- (3) 住所
 Address
- 電話番号 携帯電話番号
 Telephone No. Cellular Phone No.

以上の記載内容は事実と相違ありません。 I hereby declare that the statement given above is true and correct.
 申請人(代理人)の署名/申請書作成年月日 Signature of the applicant (representative) / Date of filling in this form

年 月 日
 Year Month Day

注意 申請書作成後申請までに記載内容に変更が生じた場合, 申請人(代理人)が変更箇所を訂正し, 署名すること。
 Attention In cases where descriptions have changed after filling in this application form up until submission of this application, the applicant (representative) must correct the part concerned and sign their name.

※ 取次者 Agent or other authorized person

- (1) 氏名 (2) 住所
 Name Address
- (3) 所属機関等 Organization to which the agent belongs 電話番号 Telephone No.