


Sample

Kansai University Certificate of Health

To be completed in English by the examining physician.

Name			<input checked="" type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of birth (yyyy/mm/dd)	Age
Family	First	Middle (if applicable)		2004 / 04 / 01	20
KANDAI	TARO				

Physical Examinations							
Height	170 cm	Weight	65 kg	Blood type	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	Rh/	<input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired	Eyesight	(R) 1.5 (L) 1.5 <input checked="" type="checkbox"/> with glasses or contact lenses <input type="checkbox"/> without glasses				

X-ray Examination (Must have been taken within 6 months.)					
Lung	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired	Cardiomegaly	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired	Electrocardiogram (in case of cardiomegaly)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired
Describe the condition of applicant's lung.		Lungs are clear. No abnormal findings.			
		Date (yyyy/mm/dd): 20XX / 09 / 25			

Past History		
Please check the following box if there is any relevant disease and fill in the date (yyyy/mm/dd) of recovery.		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (/ /)	<input type="checkbox"/> Malaria (/ /)	<input type="checkbox"/> Other Communicable Disease (/ /)
<input type="checkbox"/> Epilepsy (/ /)	<input type="checkbox"/> Kidney Disease (/ /)	<input type="checkbox"/> Heart Disease (/ /)
<input type="checkbox"/> Diabetes (/ /)	<input type="checkbox"/> Drug Allergy (/ /)	<input type="checkbox"/> Psychological Disorder (/ /)
<input type="checkbox"/> Functional Disorder in Extremities (/ /)		<input type="checkbox"/> Others (disease:)
Disease treated at present		<input type="checkbox"/> Yes (disease:) <input checked="" type="checkbox"/> No
If yes, will you continue taking medication or treatment during your stay in Japan?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide detailed information regarding the medication or treatment you have been taking and please attach the document including medical information.		Type of medication/treatment: () Frequency: () times (per week · per day)
Physician's comment	The applicant does not have any problem with health. Fit for studying abroad.	
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?		<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Date (yyyy/mm/dd): 20XX / 09 / 25

Physician's signature: Carlos Gonzales

Physician's name in print: Carlos Gonzales

Name of the office/institution: ABC University Medical Center

Address of the office/institution: 1234 ABC Street, St.Louis, Mo 6313 USA

Sample

関西大学交換留学プログラム推薦書

Kansai University Exchange Program Recommendation form

大学名
Home university : ABC University

学生氏名
Student name : KANDAI TARO

在籍大学指導教員等の推薦 (Home University's Recommendation)
関西大学 学長殿 私は、申請者を関西大学の交換留学生として推薦します。 To: President of Kansai University I would like to recommend the applicant as an Exchange Student at Kansai University.
所属(Faculty)・職名(Title) Office of International Affairs, Program Coordinator 推薦者(Name of Recommender) Elizabeth Tunner
推薦者署名(Recommender's Signature) Elizabeth Tunner 20XX 年 (year) 9 月 (month) 21 日 (day)

Sample

にゅうりょうほしようにしよ

入寮保証書/ DORMITORY GUARANTEE

かんさいだいがくこくさいぶちょう どの
関西大学国際部長 殿

/ To: Dean, Division of International Affairs, Kansai University

◆入寮する者の保証人が記入してください。 / Please fill out by the Guarantor

※原則、親族の方が記入してください。(学生・友人不可)

In principle, please fill out by the relative. (Students or friends are unacceptable.)

わたしにゅうりょうしや りょう たいざい あいだ にゅうりょうしや かん いっさい じこう れんたい ほしように
私は入寮者が寮に滞在している間、入寮者に関する一切の事項について連帯して保証します。

/ I will bear full responsibility and deal jointly with the resident as a consigner for the duration of his/her stays at the Dormitory.

※入寮者の債務の保証は、50万円を限度とします。

The maximum amount a resident's debt guarantee is JPY 500,000.

にゅうりょうしや しめい 入寮者氏名 /	せい 姓 / Family Name	めい 名 / Given Name	ミドルネーム / Middle Name
Resident of dormitory	KANDAI	TARO	

ほしようにん しめい 保証人氏名 /	せい 姓 / Family Name	めい 名 / Given Name	ミドルネーム / Middle Name
Guarantor Name	KANDAI	AKIRA	

げんじゅうしよ
現住所 / Current Address

3-3-35, Yamate-cho, Suita City, OSAKA

でん わ
電話 / Phone

+XX X-XXXX-XXXX

けいたいでん わ
携帯電話 / Cell Phone

+XX X-XXXX-XXXX

ぞくがら
続柄 / Relationship to the resident

Father

ひ つけ
日 付 / Date

20XX ねん/Y 09 がつ/M 25 にち/D

ほしようにん ほごしや しめい
保証人(保護者)の署名 / Signature of Guarantor
(Parents, Household maintainer)

Kandai Akira

◎ボールペン(消せるボールペンは除く)または万年筆で記入してください。

記入内容を訂正する場合は、間違った箇所を二重線で消して線上に訂正印を押してください。

/Please fill out this form with a non-erasable pen.

When correcting your entry, please cross out with double lines and write your initial or press your seal(inkan) on the line.

Sample 関西大学 交換留学プログラム誓約書

Kansai University Exchange Program Covenants application

関西大学 (Host University) 学長 殿 (To: President of Kansai University)

私は、関西大学の交換留学プログラムに申請するにあたり、以下の事項について、誓約いたします。

I hereby pledge to comply with the following conditions in applying for the Exchange Program at Kansai University.

1. 申請内容に虚偽事項はありません。

There are no false information in the application.

2. 『関西大学 交換留学申請手続き』を熟読し、理解しました。

I have carefully checked “Kansai University Exchange Program Application procedures” and understood the information written.

3. 留学期間中は、関西大学のすべての規則を遵守します。

I shall abide by all rules and regulations of Kansai University during my exchange.

4. 留学期間中は、自らの故意または過失により生じた損害や事故、個人間でのトラブルについては、各自がその責任を負うこと。

I shall take full responsibility for any damages or accidents caused by his/her own intention or negligence, and for any trouble between individuals.

5. 日本の法律に基づき、日本滞在期間中は20歳未満の飲酒および喫煙をしません。

In accordance with Japanese law, I shall not drink alcohol or smoke under the age of 20 during my exchange in Japan.

6. 日本の法律に基づき、日本滞在期間中はドラッグ（シンナーや覚せい剤、大麻、MDMA（錠剤型合成麻薬）、その他違法ドラッグなど）を所持、使用しません。

In accordance with Japanese law, I will not possess or use drugs (such as thinner, stimulants, marijuana, MDMA (tablet synthetic drug), and other illegal drugs) during my stay in Japan.

7. 日本滞在期間中は、その他の日本国内の法律を遵守します。

I shall comply with all other laws of Japan during my stay in Japan.

所属大学名 (Home University) : ABC University

氏名 (Name) : KANDAI TARO

※ パスポートに表記されている英字アルファベットの氏名を記載してください。

Fill in your name as written in your passport (in alphabetical letters).

氏名 (Name in katakana notation) : カンダイ タロウ

※ カタカナ表記で氏名を記載してください。 Fill in your name in Katakana character.

※ 記載されたカタカナを学生証に使用いたします。カタカナの記載がない場合には、本学に一任したものとみなします。

We will use katakana notation for the student ID card. If katakana is not filled out, we assume that you entrust us to determine your name in katakana notation.

署名 (Signature) : Kandai Taro

日付 (Date) : 20XX 年 (YYYY) 09 月 (MM) 21 日 (DD)