

群馬大学大学院社会情報学研究科研究生入学願書

令和	年度	※	整理番号	院研一令
----	----	---	------	------

ふりがな 氏名				写 真 3cm×4cm
生年月日	年	月	日生 (歳) 男・女	
国籍	(外国籍の者)			
現住所	〒 —			
				電話 — —
連絡場所	〒 —			
				電話 — —
研究課題				
指導教員	⑩			
研究期間	自 令和 年 月 日			至 令和 年 月 日
最終学歴	[学校名 例：〇〇大学大学院] 国立 公立 私立		[研究科名等 例：〇〇研究科〇〇専攻]	
	昭和・平成・令和 年 月 日 修了・修了見込			
勤務先	(官公庁、民間会社等に勤務する者) 勤務先名 職 名 所 在 地			電話 — —

※	事務記入欄	検定料	円	入学料	円	授業料	円
---	-------	-----	---	-----	---	-----	---

※欄は記入しないでください。

履 歴 書

学 歴

※外国の大学院修了者は、全学歴を記入すること。
日本の大学院修了及び修了見込みの者は、高校から記入すること。

区 分	入学・卒業年数	修業年限	在学年数	学 校 名
初 等 教 育 (小学校)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
中 等 教 育 (中学校)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
中 等 教 育 (高等学校)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
高 等 教 育 (大 学)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
高 等 教 育 (大学院)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
以上を通算した全学校教育年数		年	年	

職 歴

期 間	職 業 ・ 会 社 名 等
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

研 究 計 画 書

志願者氏名 _____

1 過去に専攻した専門分野、研究内容等（別紙も可）

2 本学での研究計画（志望理由、入学後の研究計画について詳細に記入のこと。別紙も可）

3 研究生修了後の進路計画

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

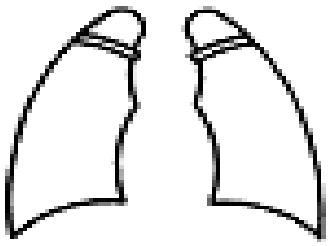
(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

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. 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)	γ-GTP (IU/ l)

5. 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.

<h3>6. 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?</h3> <p><input type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> NO (いいえ)</p> <p>※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application. 必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大使館は申請を受理しません。</p>	日付 Date
	医師署名 Physician's Signature
	検査施設名 Office/Institution
	所在地 Address