

群馬大学社会情報学部研究生入学願書

【学部】

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

ふりがな 氏名		写 真 たて4cm×よこ3cm
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		
希望指導教員		
研究期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
最終学歴	[学校名 例：〇〇大学] 国立 公立 私立	
	[学部名等 (学科・専攻まで) 例：〇〇学部〇〇学科]	
	年 月 日 卒業・卒業見込	
日本語学習歴 (証明する書類を添付)	(日本語を母語としない者) 年 か月	
日本語能力試験(日本国際教育支援協会など) (証明する書類を添付)	(日本語を母語としない者) ・受験していない ・ _____年度試験を受験した	
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

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	
	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	
年 月 ～ 年 月	

※職歴欄が不足の場合は適宜、枠外に記載してください。

健康診断書

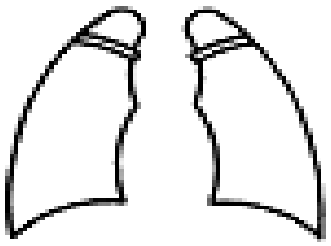
(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

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)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(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	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 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	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU/ l)	GOT (AST)	(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.
--

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? <input type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> NO (いいえ)	日付 Date
	医師署名 Physician's Signature
	検査施設名 Office/Institution
	所在地 Address

※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。

