

受験番号	*大学記入欄
------	--------

## 入 学 志 願 書

氏 名	漢 字 名		英 字 名 (活字体記入)		
国 籍		出生地	写真貼付欄 縦3cm 横4cm		
生年月日	年 月 日	生 歳 (2009年4月1日現在)			
性 別	男・女	配偶者の有無			有・無
現 住 所	〒 TEL				
本国の連絡先	連絡相手氏名		関 係		
	〒 TEL (国番号 ) - -				

### 学 歴

	学 校 名	年 数	就 学 期 間 (含予定)
小 学 校			年 月 ~ 年 月
中 学 校			年 月 ~ 年 月
高 等 学 校			年 月 ~ 年 月
そ の 他			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

### 職 歴

勤 務 先 名	所 在 地	職 務 内 容	就 職 期 間
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月

### 日本語学習歴

学 校 名	所 在 地	学 習 期 間 (含 予 定)
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

### 英語能力自己評価表 (ABCD に をつけてください)

話す力	A 流暢に話せる	B 簡単なことなら伝えたいことを表現できる	C 挨拶や自己紹介ができる	D 学習したことがない
聴いて理解する力	A 映画やテレビが理解できる	B ゆっくりの速度なら聴き取れる	C 挨拶用語が聴き取れる	D 学習したことがない
読んで理解する力	A 新聞が読める	B 応用文型が理解できる	C 基本文型なら読み取れる	D 学習したことがない
書く力	A 文章で表現することに困らない	B 応用文を使って手紙や日記が書ける	C 基本文型なら書ける	D 学習したことがない



# Medical Examination Certificate

<b>Name</b>	<b>Last/Family Name</b>	<b>First Name</b>
<b>Date of Birth</b>	month	day
<b>Sex</b>	Male	Female (Circle One)
<b>Present Address</b>	<b>Telephone Number</b>	

\* Do not write below. Must be filled in by physician.

<b>Height</b>	cm	<b>Weight</b>	kg
<b>Blood Pressure</b>	_____over_____	<b>Vision</b>	Right Eye ( ) Left Eye ( )
<b>Chest X-Ray</b>	Observations/Opinions	<b>EKG</b>	Observations/Opinions
<b>Urine</b>	Protein  Sugar	Medical History/Past Illnesses  Present Condition	

Signature of Physician \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
month day year

Medical Examination Facility \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Telephone Number \_\_\_\_\_

# パスポートの写し添付書

志願者氏名 \_\_\_\_\_

身分事項記載欄 及び 査証記載欄

のりづけ添付して下さい。

# 推 薦 書

年 月 日

星城大学長 殿

学校名

学校長名

印

下記の者は、貴学入学に適格と認めここに推薦します。

記

(ふりがな)			
氏 名	年 月 日生 男・女		
学 歴	年 月	科	卒業見込 卒 業
所 見 :			
記 載 者	職名:	氏名:	

# 身元保証人誓約書

星城大学長 殿

志願者氏名	漢字名	英字名	性別
			男・女
生年月日	年 月 日 生	国籍	

上記は志願者が記入して下さい。

年 月 日

私は、上記志願者の貴学在学中、身元を保証します。

身元保証人 <sup>が</sup> 氏名	_____	印
生年月日	_____年 _____月 _____日 生	
職 業	_____	国 籍 _____
現 住 所	〒 _____	
	TEL (国番号 _____) _____ - _____ - _____	
志願者との関係	_____	

# 在 職 証 明 書

会社経営者(個人経営者)：無効  
「営業証明書」を提出してください

星城大学長 殿

氏 名 (英字名: )

---

生年月日 年 月 日生 男 ・ 女

---

住 所

---

前年の概算年収 (日本円換算 円)

---

上記の者、 年 月より当社(所・機関)の社員・常勤職員・非常勤職員・  
その他( )として在職していることを証明します。

年 月 日

所在地

会社名 (URL )

代表者

電話番号

FAX番号

E-MAIL