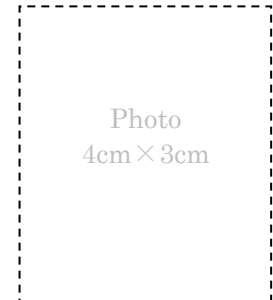


\*記入不要・For official use only

学籍番号		入学時期	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 短期
------	--	------	------------------------------	-----------------------------

## 入学願書 ・ APPLICATION FORM

学校法人江副学園 新宿日本語学校 学校長 殿  
TO: President of Shinjuku Japanese Language Institute



姓・Surname		名・Given and middle name						
国籍 Nationality		生年月日 Date of birth	Date	Month	Year	性別 Gender	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
現住所 Present Address								
メールアドレス E-mail				電話番号 TEL				
パスポート番号 Passport No.				発行日 Date of issue	Date	Month	Year	
在留資格 Residence Status				有効期間 Date of expiry	Date	Month	Year	

学習期間 Length of study	Date	Month	Year	~	Date	Month	Year
進学予定 Plan to study at university or other institution in Japan	<input type="checkbox"/> あり・Yes <input type="checkbox"/> なし・None						
準備教育課程 University preparatory course (Jyunbi Kyoiku Katei)	<input type="checkbox"/> 必要・Necessary <input type="checkbox"/> 不要・Unnecessary						

緊急連絡先 Emergency Contact	お名前・Name		申請者との関係:Relationship with the applicant	
	メール・E-mail		電話番号・TEL	

本人署名  
Signature

申請年月日  
Date of application

Date Month Year

# 健康チェック・Health Certificate

Note: this is a self-certification. Doctor's signature not required

氏名 Name		生年月日 Date of birth	
血液型 Blood type	A B O AB	RH	+ -

下記の部分を記入し、サインしてください。 Please, fill in the following sections and sign.

1) 今までにかかった病気をチェックしてください。また、それはいつ頃ですか？

Please check any illnesses or conditions you have had. When?

	いつ頃/Year		いつ頃/Year
<input type="checkbox"/> 肺結核 Tuberculosis	( )	<input type="checkbox"/> 心臓病 Cardiac diseases	( )
<input type="checkbox"/> 腎臓病 Kidney trouble	( )	<input type="checkbox"/> 小児マヒ Infantile paralysis	( )
<input type="checkbox"/> 高血圧 Hypertension	( )	<input type="checkbox"/> リウマチ Rheumatic fever	( )
<input type="checkbox"/> 胃疾患 Stomach diseases	( )	<input type="checkbox"/> 神経症 Nervous diseases	( )
<input type="checkbox"/> 肝臓病 Liver diseases	( )	<input type="checkbox"/> 精神病 Mental diseases	( )
<input type="checkbox"/> 喘息 Asthma	( )	<input type="checkbox"/> 虫垂炎 Tympanitis	( )
<input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy	( )	<input type="checkbox"/> その他 Others	( )
<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	( )		

2) 何かのアレルギーを持っていますか？

Do you have any allergies?

今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はいと答えたかた  
If YES

薬の名前 Medicine:  
食べ物の名前 Food:

(はい・YES いいえ・NO)

(はい・YES いいえ・NO)

3) 今現在何かの治療を受けていますか？

Are you currently being treated for anything?

はいと答えたかた  
If YES

何の治療を受けていますか？ What are you being treated for?  
薬の名前を教えてください。 Name of any regular medications.

治療を受けている病院名・住所と電話番号を教えてください。 Hospital/doctor information.

病院名 Hospital/doctor name  
住所 Address:

TEL:

(はい・YES いいえ・NO)

4) 手術を受けたことがありますか？ Have you ever had an operation?

はいと答えた方  
If YES

何の手術を受けましたか？ What operation?  
いつ受けました？ When?

病院名・住所と電話番号を教えてください。 Hospital informations

(はい・YES いいえ・NO)

5) 今現在病気を抱えていて、学校に知っておいて欲しい事を書いてください。

Is there anything else the school should be aware of concerning your health?

---

---

---

---

---

私は留学に適している健康状態です。 I am in good health and can safety study abroad.

本人のサイン  
Signature

日付  
Date