

## 2022年度愛知教育大学交換留学生(特別聴講学生)入学願書 2022 AUE Student Exchange Program Application Form

年year

月month

日day

※黒インクまたは黒のボールペンを使用し、本人自身が、ていねいにはっきりと記入してください。  
Application must be filled out completely in black ink by the applicant.

フリガナ Name in Katakana				写真貼付 Photo	
氏 名 Name in English	姓(旅券と同じローマ字で記入してください。) Family Name			出願前3か月以内撮影のもの 上半身, 正面, 脱帽, 無背景 taken within 3 months (upper body, full-faced, withouta hat/cp, no background)  (40mm×30mm)	
	名(旅券と同じローマ字で記入してください。) Given Name				
	ミドルネーム(旅券と同じローマ字で記入してください。) Middle Name				
署 名 Signature	旅券と同じ署名をしてください。 As shown on your passport				
所属大学 Home University	大学(大学院)名 Name	<input type="checkbox"/> 大学(University)	<input type="checkbox"/> 大学院(Graduate School)		
	学部(研究科)名 Faculty/School	<input type="checkbox"/> 学部名(Faculty)	<input type="checkbox"/> 研究科名(School)		
	学 年 Grade	2021年10月1日現在 As of October, 1st 2021 学年(Grade)			
	卒業予定 Expected Date of Graduation	留学期間を含めた卒業予定年月日 年year 月month 日day  (注: 申請者は交換留学プログラム終了時に、正規生として所属大学に在籍していなければなりません) (Note: You must be enrolled as a full-time regular student at your home university for your entire study period at Aichi University of Education)			
生年月日 Date of Birth	年year 月month 日day		国 籍 Nationality		
			出生地 Place of Birth		
性 別 Sex	男Male ・ 女Female		婚姻状況 Marital Status	未 婚Single ・ 既 婚Married	
旅券番号 Passport No.	Valid until: 年year 月month 日day				
現 住 所 Current Address	電 話 Phone		FAX		
	携帯電話 Mobile		E-mail		
母国の 緊急連絡先 Emergency Contact in Home Country	氏名 Name		志願者との関係 Relationship with applicant		
	電 話 Phone		FAX		
	携帯電話 Mobile		E-mail		

語学能力 Language Proficiency			
日本語 Japanese	日本語能力試験 JLPT :	級 Grade,	点 Score
	日本留学試験 EJU :	点 Score	
英語 English	TOEFL (Total Score ) ・ TOEIC (Total Score )		
	IELTS (Overall Band )		
日本語能力 Japanese		英語能力 English	
読む Reading	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor	読む Reading	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor
書く Writing	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor	書く Writing	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor
話す Speaking	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor	話す Speaking	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor
聞く Listening	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor	聞く Listening	優 Excellent ・ 良 Good ・ 可 Fair ・ 不可 Poor

留学希望期間 Desired Period of Study	希望する順に1から4の番号を記入して下さい Write the numbers (1,2,3 and 4) in order of preference			
	<input type="checkbox"/>	2022年4月～2022年9月(6ヶ月間) April 2022 to September 2022 (6 months)	<input type="checkbox"/>	2022年4月～2023年3月(1年間) April 2022 to March 2023 (1 year)
	<input type="checkbox"/>	2022年10月～2023年3月(6ヶ月間) October 2022 to March 2023 (6 months)	<input type="checkbox"/>	2022年10月～2023年9月(1年間) October 2022 to September 2023 (1 year)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

留学中の 経費支弁 Financial Source and Support	月額 Amount			円 Yen/Month	
	支弁者氏名 Supporter's Name		申請者との関係 Relationship with applicant		
	支弁者住所 Supporter's Address		支弁者電話番号 Supporter's Telephone No.		
	支弁者職業 Occupation		年収 Annual Income		円 Yen
	支弁者勤務先 Company Name		支弁者勤務先の 電話番号 Telephone No. of Supporter's company		

奨学金について Scholarship (該当するものすべての <input type="checkbox"/> にし点を記入してください tick all that apply)	
交換留学生(特別聴講学生)出願者の中から、優秀者に奨学金を推薦します。 AUE nominates candidates for the following scholarship from among the applicants. 国立大学法人愛知教育大学未来基金外国人留学生受入支援事業による奨学金 Scholarship by the International Student Support Program of the AUE Future Fund	
<input type="checkbox"/> 奨学金の支給を希望します。 I apply for scholarship.	
<input type="checkbox"/>	奨学金が支給されない場合は、自費による留学を希望します。(※経費支弁証明書の提出が必要です) If scholarship is not granted, I desire self-financed study.(※Submission of Statement of Financial Support is required)
<input type="checkbox"/>	奨学金が支給されない場合は、他団体(下に記入)から奨学金を申請します。 If scholarship is not granted, I apply for scholarship of other organizations ( <input type="checkbox"/> prospective)
<input type="checkbox"/>	奨学金が支給されない場合は、留学しません。 If scholarship is not granted, I will withdraw my application ( I do NOT desire self-financed study. )
<input type="checkbox"/> 奨学金の支給は希望しません。 I do NOT apply for scholarship.	
<input type="checkbox"/>	自費による留学を希望します。(※経費支弁証明書の提出が必要です) I desire self-financed study in Japan.(※Submission of Statement of Financial Support is required)
<input type="checkbox"/>	他団体等(下に記入)からの奨学金を受けます(受給予定を含む)。 I apply for scholarship of other organizations as follows. ( <input type="checkbox"/> prospective)





(様式2)

# 愛知教育大学交換留学生（特別聴講学生） 健康診断書

フリガナ		生年月日	
氏名		性別	
現住所	〒 電話		
身長	cm	既往症	
体重	kg		
視力	右	( )	その他の 疾病及び 異常
	左	( )	
聴力	右		
	左		
胸部 所見	聴診		健康状態： <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 所 見： 診断医 所 見
	エックス線 診断	撮影年月日 年 月 日 撮影番号 No. 所 見	
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 〒 電話 医療機関名 医師 職・氏名 印			

(Form 2)

## AUE Student Exchange Program Certificate of Health

\* To be filled out by physician only

Full name in katakana		Date of birth	Yr	/Mth	/Day
Full name		Sex			
Present Address	Address (including zip code):  Telephone:				
Height	cm	History of past illness			
Weight	kg				
Eyesight	R	(                    )	Any other illness or abnormality		
	L	(                    )			
Hearing	R				
	L				
Chest exami- nation	Stethoscopy		Physician's comment	Condition of health : <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	
	X-ray diagnosis	Date taken Yr        /Mth        /Day  Film number:  Comment:		Comment:	

**I hereby certify the above statement to be true and correct.**

Date: Year \_\_\_\_\_ /Month \_\_\_\_\_ /Day \_\_\_\_\_

Address of Medical Institution :

Telephone :

Name of Medical Institution :

Physician's Full Name and Position/Title :

Physician's Signature or Seal :