

## 2023年度愛知教育大学交換留学生（特別聴講学生）入学願書 2023 AUE Student Exchange Program Application Form

年year

月month

日day

※こちらの入学願書は必ずパソコンで作成して、PDFへ変換してください。  
This Application Form must be made on applicant's computer and converted to PDF file.

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 (As shown on your passport)			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 (As shown on your passport)			
	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 (As shown on your passport)			
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	大学名 Name 学部名 Faculty	大学 (University)	学部名 (Faculty)	
	大学院名 Name 研究科名 School	大学院 (Graduate School)	研究科名 (School)	
	学 年 What Grade	2022年10月1日現在 As of October, 1st 2021	年生 (Grade)	
	卒業予定 (留学期間を含む) Expected Date of Graduation (Including the Study Period Abroad)	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 (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
旅券番号 Passport No.				Valid until: 年year 月month 日day
現住所 Current Address	電話 Phone		F A X	
	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		F A X	
	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		
	2023年4月～2023年9月(6ヶ月間) Apr. 2022 to Sep. 2022(6 months)		2023年4月～2024年3月(1年間) Apr. 2023 to Mar. 2024(1 year)
	2023年10月～2024年3月(6ヶ月間) Oct. 2023 to Mar. 2024(6 months)		2023年10月～2024年9月(1年間) Oct. 2023 to Sep. 2024(1 year)

留学中の 経費支弁 Financial Source and Support	月額 Amount Per Month	円 Yen/Month	送金 Remittance	円/月 Yen/Month
			Carrying from abroad	
	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 (該当する項目の前の欄に○をつけてください。) Please put a circle in the box in front of the appropriate item)	
<p>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.</p> <p>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</p>	
<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"/>	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.

他団体からの奨学金受給(受給予定含む)の状況 Status of Scholarship Granted of other organizations (including prospective scholarship)				
奨学金名称 Name of Scholarship				
奨学金支給機関名 Scholarship granted by				
奨学金支給金額 Stipened Amount	奨学金の月額 Monthly stipened		円 Yen	
	支給額全額 Total amount paid		円 Yen	
	その他 Others :		円 Yen	支給内容 Details

① 留学の目的と課題 (本学への留学にあたり, 期待する成果など)  
Purpose and plan of studying at AUE ( including expected outcome)

--

② 希望する専攻分野 (指導教員の配置のための参考資料としますので, できるだけ詳細に記入してください。)  
Desired field of study ( in detail )

--

(様式 1-3, Form 1-3-②)

滞日歴 Previous Stay in Japan	有 Yes ( 回 times ) ・ 無 No		
	直近の滞在 If Yes, the latest entry	来日目的 Purpose	滞在地 Place
	年year 月month 日day から 年year 月month 日day まで		
在日親族 Family Co-residents residing in Japan (If any)	有 Yes ( 回 times ) ・ 無 No		
	名前 (Name)	誕生日 (Date of birth)	
	国籍 (Nationality)	続柄 (Relationship)	
	外国籍の場合, 在留カード番号 (Residence Card Number of Foreigner)		
	名前 (Name)	誕生日 (Date of birth)	
	国籍 (Nationality)	続柄 (Relationship)	
外国籍の場合, 在留カード番号 (Residence Card Number of Foreigner)			
査証申請予定地 Intended place to apply for visa		犯罪歴 Criminal record (in Japan or overseas)	<input type="checkbox"/> 無No <input type="checkbox"/> 有Yes
上陸予定港 Anticipated port of entry	中部国際空港 Chubu Kokusai Centrair Airport (NGO)		
	その他 Others: ( )		

上記の記載内容は事実と相違ありません。また日本滞在中の期間は愛知教育大学の規則に従うことを約束します。JASSOによる「留学生交流推進制度(短期受入)」奨学金が受給された場合、私はその奨学金の規定を遵守することを約束します。

I hereby certify that the information I have given on this form is true and correct to the best of my knowledge, and I agree to comply with all the regulations and rules of Aichi University of Education during my stay in Japan. If I am chosen as a recipient of a "Student Exchange Support Program Scholarship for Short-term Study in Japan" JASSO scholarship, I promise to abide by the provisions set out in that scholarship.

年 月 日 署名:  
Year Month Day Signature

[留学担当職員記入欄 For staff in charge of applicant's home university]

担当者 Staff in charge	所属 Affiliation :
	職名 Position :
	氏名 Name :
	電話番号 Phone : ( + ) -
	E-mail :
	本学生の推薦順位 The priority order of recommendation (if you send more than one student) :

(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	診断医 所見	健康状態: <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可  所見:
	エックス線 診断 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 <span style="float: right;">印</span>			

(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	Stethosco py		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 :