



留学希望校	(1)		(2)				
	(3)						
希望専攻分野							
テスト	TOEFL(iBT/CBT)	IELTS	TOEIC	英検	GRE	GMAT	その他
スコア							
受験年月							

## 学歴

高校	フリガナ		入学 (      年      月 )
	学校名	日本語	卒業見込 (      年      月 )
		英語	
	フリガナ		卒業 (      年      月 )
住所	〒	TEL (      )      -	
短大・大学・専門	フリガナ		入学 (      年      月 )
	学校名	日本語	卒業見込 (      年      月 )
		英語	
	フリガナ		卒業 (      年      月 )
住所	〒	TEL (      )      -	
大学院	フリガナ		入学 (      年      月 )
	学校名	日本語	卒業見込 (      年      月 )
		英語	
	フリガナ		卒業 (      年      月 )
住所	〒	TEL (      )      -	

## 職務経歴

フリガナ		期間 (      年      月 ~      年      月 )
勤務先	日本語	部署名:
	英語	
フリガナ		職種:
所在地	〒	TEL (      )      -

## 以下のご質問にお答えください。

1. 既往症、現在治療中、定期的に治療が必要な病気があればご記入ください。	
2. アレルギーをお持ちの方はご記入ください。	
3. 海外旅行の経験はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合、渡航した国 (      )	
4. 留学の経験はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合、留学した国 (      ) 期間 (      年      月 ~      年      月 ) 課程、取得資格・学位等 (      )	
5. 日常生活に援助の必要なハンディキャップはありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合、具体的に (      )	
6. 現在有効なパスポートを持っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合、発行年月 (      年      月 ) 有効期間満了月 (      年      月 )	
7. 留学に必要なビザを持っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合、発行国 (      ) ビザ種類 (      ) 有効期間 (      年      月 ~      年      月 )	
8. 単身で渡航をされますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 同行される方との続柄 (      ) (      ) (      ) (      )	
9. 海外で利用できるクレジットカードを持っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	