

履歴書 Personal Resume

ふりがな 氏名 Name		性別 Sex	男・女 Male Female	※受験番号	
ふりがな 現住所 Address		〒		生年月日 Birthdate (yy/mm/dd)	19 年 月 日 (歳 月) / / (years old)
勤務先 Place of Work		会社名等(部課室係) Company name etc.		電話番号 TEL	() —
		所在地 Company Address	〒	電話番号 TEL	() —

学歴 Education

	卒業(予定)校名 Names of schools attended	入学および卒業(修了)年月日 Dates of entrance/graduation (yy/mm/dd)
高校 High School		(西暦) 年 月 日 入学 年 月 日 卒業 / / Entered / / Graduated
大学 University		(西暦) 年 月 日 入学 年 月 日 卒業 / / Entered / / Graduated
大学院 Graduate School		(西暦) 年 月 日 入学 年 月 日 修了・退学 / / Entered / / Graduated/Will Graduate

研究テーマ等 Research Topics

大学 University	Graduation work
大学院 Graduate School	Master's Thesis

資格免許 Qualifications/Licenses

資格・免許の種類 Type of qualifications/licenses	取得年月日 Certificated date (yy/mm/dd)	登録番号等 Registered number	備考 Remarks
	(西暦) 年 月 日 / /	第 号	
	(西暦) 年 月 日 / /	第 号	
	(西暦) 年 月 日 / /	第 号	

職歴 Employment Experience

勤務先(部課室等) Name of Workplace	職務上の地位 Responsibilities	勤務期間 Dates (start and end) (yy/mm/dd)	専門職務内容(具体的に記入すること) Details of position
		(西暦) 年 月 日～年月 日まで (年月) from / / till / /	
		(西暦) 年 月 日～年月 日まで (年月) from / / till / /	
		(西暦) 年 月 日～年月 日まで (年月) from / / till / /	
		(西暦) 年 月 日～年月 日まで (年月) from / / till / /	
		(西暦) 年 月 日～年月 日まで (年月) from / / till / /	

上記のとおり相違ありません。

The above statement is true and correct. (yy/mm/dd)

(西暦) 年 月 日

Kwansei Gakuin University Certificate of Health 関西学院大学 健康診断書

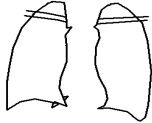
To be completed by the examining physician 医師による記入

Name 氏名	Family name 姓	First Name 名	Middle Name ミドルネーム	Sex 性別	Male Female 男・女	Date of Birth 生年月日	Day 日	Month 月	Year 年
------------	---------------	--------------	--------------------	-----------	--------------------	-----------------------	-------	---------	--------

Height 身長	cm	Weight 体重	kg	Blood Pressure 血圧	mm/Hg~	mm/Hg
--------------	----	--------------	----	----------------------	--------	-------

Laboratory Tests 検査	Urinalysis: 検尿	glucose ()	occult blood ()	ESR 赤沈: mm/Hr,	WBC count: /cmm
		protein ()		Hemoglobin: gm/dl.	GOT: GPT:

Date Tested 検査日付	Circle the applicable result and follow the instructions.			Eyesight 視力	Corrected 矯正	Right 右	Left 左
Month 月	Year 年	(+) 陽性	(±) 擬陽性	(-) 陰性	Uncorrected 裸眼	Right 右	Left 左
Tuberculin Skin Test ツベルクリン反応と結果		Not Vaccinated for BCG BCG未接種	Vaccinated for BCG BCG接種済み	X-ray Not Required X線検査不要	Colour Blindness 色覚異常の有無		
		X-ray Required X線検査必要	X-ray Not Required X線検査不要	Muscle-Skeletal 運動			
					Hearing 聴覚		
					Speech 言語		

 <p>Lung Film 胸部 X線</p> <p>Date taken: 撮影年月日: _____</p> <p style="font-size: small;">Must have been taken within the past 6 months. 6ヶ月以内のものに限る</p>	<p style="text-align: center;">X-ray Examination Findings エックス線検査所見</p> <p>Please explain any abnormalities. 異常の場合の具体的内容</p> <hr/> <p>Main present illness(es). Any diseases which may require special attention at Kwansei Gakuin University. 主な現症(関西学院大学滞在中の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)</p>
--	---

<p>Does the applicant have any learning disabilities or other conditions that may require special attention at school or in every day life? (e.g. Dyslexia, ADHD/ADD, Narcolepsy etc.) 学習障害やその他、学校や日常生活において特別なサポートを必要としますか。 (例、難読症、注意欠陥障害、睡眠障害等)</p>	Yes はい	No いいえ	Unknown 不明	<p>Allergies, Drugs, and Other Special Information. アレルギー、薬、その他・特記情報</p>
<p>If Yes, please explain: はいの場合説明してください。</p>				

History of Past Illness: 既往症		Please indicate with a + or - and fill in the date of recovery. 既往症の有無を+及び-で記入してください。既往症の有る場合は治癒した日時も記してください。					
Tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/>	/	/	Epilepsy てんかん	<input type="checkbox"/>	/	/
Bronchial Asthma 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	/	/	Psychoneurosis 神経症	<input type="checkbox"/>	/	/
Cardiac Disease 心疾患	<input type="checkbox"/>	/	/	Psychosis 精神病	<input type="checkbox"/>	/	/
Renal Disease 腎疾患	<input type="checkbox"/>	/	/	Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/>	/	/
Poliomyelitis 小児麻痺	<input type="checkbox"/>	/	/	Viral Hepatitis ウィルス性肝炎	<input type="checkbox"/>	/	/
Any other disease その他	<input type="checkbox"/>	/	/				

If + for any of the above, please describe:
上記の中で+を記したものがあれば、詳しく記してください。

Please describe your impressions.
診断医の印象を述べてください。

In the view of this individual's history and the above findings, is it your observation that his or her health status is adequate for life in Japan? Yes No
この方の既往歴、診療、検査の結果から判断して、現在の健康状況は十分に日本の滞在に耐えうるものと思われますか。はい いいえ

Date: _____
日付: _____

Signature: _____
署名: _____

Name in print: _____
医師氏名: _____

Office/Institution: _____
検査施設名: _____

Address: _____
所在地: _____

日本語能力に関する所見

Verification of Applicant's Japanese Language Ability

氏名 Applicant Name	志望する課程 (○をつける) Intended Program (Mark with a circle)	博士課程前期課程 Master's Program 博士課程後期課程 Doctoral Program
----------------------	--	--

次の点について、具体的に記入すること。 / Please answer the following questions as clearly as possible.

1. これまで、どこで、どのようにして日本語を勉強してきたか。

How has the applicant been studying Japanese? (Where, How, How long, etc.)

2. 日本語の放送や日本語の新聞・書物を、どの程度まで理解できるか。

How much is the applicant able to understand Japanese documents? (Newspapers, Television, Books, etc.)

3. これまで日本人と日本語で会話した経験の有無、およびその場合の理解度。

Does the applicant have any experience communicating with Japanese people in Japanese? If so, how much does the applicant understand?

記載者名/Statement Person: