

琉球大学 短期交換留学プログラム同意書
Consent Form for the Short-Term Exchange Program

私はこの申請書および添付の文書で提供されるすべての情報が私の知っている限りでは完全で正確であると保証します。そして、もし留学が認められるならば、私は琉球大学の規約に従うことに同意します。申請内容に虚偽があった場合は、留学の取り消しをされても、琉球大学に対して異議申し立てをしません。

I certify that all the information provided on this form and in the accompanying documents is complete and accurate to the best of my knowledge, and if admitted, I agree to comply with the rules and regulations of the University of the Ryukyus. When the application forms contain any false, I will raise no objections to the denial of acceptance by the University of the Ryukyus.

自署

Signature

氏名

Name

日付

Date

琉球大学 短期交換留学プログラム留学経費支弁保証書
Declaration of Support

留学経費支弁の有無に関わらず、必ず提出すること。支弁額がない場合、「0」(ゼロ)で回答してください。

All applicants must complete this form. If the applicant does not expect to receive any financial support during his/her period of stay in Japan, “0” (zero) must be indicated as the response in the space marked “Amount of support per month that can be provided” .

氏 名:

Name of Applicant:

国 籍:

Nationality:

在籍大学名:

Home Institution:

上記の者が琉球大学に交換留学生として留学するにあたり、必要な経費を負担することを保証します。

The supporter shown below guarantees the necessary expenses for the person shown above in the event he/she is admitted to study as an exchange student at the University of the Ryukyus.

Supporter (経費支弁者)

氏 名:

Name of Supporter:

署 名

Signature:

住 所:

Address:

電話番号:

Phone Number:

職 業:

Occupation:

勤務先の名称:

Place of Employment (Company Name):

勤務先電話番号:

Phone Number:

年間収入:

円

Annual Income: ¥

月平均支弁額(円):

The amount of support per month that can be provided (Average): ¥

申請人との関係:

Relationship to the Applicant:

*If the supporter is not a relative of the applicant, he/she must submit a letter explaining why he/she is willing to support the applicant. Documents that prove the financial capabilities of the supporter, such as a copy of bank statements, certificates of income and so on must also be provided.

琉球大学 短期交換留学プログラム候補者在籍証明書
Certificate of Enrollment of the Applicant

この様式は、申請者の在籍大学等の責任者が記入してください。

This form should be completed by an official representative or authorized personnel of the applicant's home institution.

下記の琉球大学短期交換留学プログラム候補者は、ここに記載のとおり、本学に在籍していることを証明します。

This is to certify that the following applicant for the University of the Ryukyus Short-Term International Exchange Program is registered as a full-time student at our institution in the following capacity.

申請者氏名 Name of applicant	
在籍大学等名 Name of institution	
在籍学部/研究科 Faculty / School	
在籍課程 Course	<input type="checkbox"/> 学部 (Undergraduate) <input type="checkbox"/> 短大 (Junior College) <input type="checkbox"/> 修士 (Master's) <input type="checkbox"/> 高専 (College of Technology) <input type="checkbox"/> 博士 (Doctorate)
学年* ¹ Grade (Current Year of Study) * ¹	_____ 学年 Grade (Current Year of Study)
入学年月 Date of Enrollment	
卒業/修了予定年月* ² Expected date of completion / graduation* ²	_____ 年 Year _____ 月 Month
取得予定学位 Degree to be awarded	<input type="checkbox"/> 学士 (Bachelor's degree) <input type="checkbox"/> 準学士 (Associate degree) <input type="checkbox"/> 修士 (Master's degree) <input type="checkbox"/> 博士 (Doctor's degree)
専攻 Major	

提出年月日 年 月 日
 Date (yyyy/mm/dd) / /

氏名
Name _____
 職名
Title _____
 署名
Signature _____

*¹ 申請時の学年を記入してください。

Fill in the school year at the time of application.

*² 日本に短期留学した場合の卒業/修了年月を記入してください。

Expected date of completion/graduation should include the period of study in Japan.

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

日本語又は英語により明瞭に記載すること。Please fill out in Japanese or English.

氏名
Name: _____,
Family name, First name Middle name

1. 身体検査 Physical Examination

- (1) 身長 Height: _____ cm 体重 Weight: _____ kg ☐男 Male 年齢 Age: _____
☐女 Female
- (2) 血圧 Blood pressure: _____ mm/Hg _____ mm/Hg 生年月日 Date of Birth: _____
- (3) 視力 Eyesight: (L) _____ (R) _____ (L) _____ (R) _____
裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses
- (4) 聴力 Hearing: ☐正常 normal ☐低下 impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること(6ヶ月以上前の検査は無効。)

Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest x-rays (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are NOT valid).

肺 ☐正常 normal 心臓 ☐正常 normal 心電図 ☐正常 normal
Lungs ☐異常 impaired Cardiomegaly ☐異常 impaired → Electrocardiograph ☐異常 impaired



← Date _____ Film No. _____

申請者の胸部について、状態を記入してください。Describe the condition of applicant's lungs.

3. 現在治療中の病気 Under medical treatment at present:

☐Yes → 状態 Conditions/詳細 particulars: _____
☐No

4. 既往症 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery

結核(症)Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ()	マラリア Malaria	<input type="checkbox"/> ()
伝染病・感染症 Other communicable disease	<input type="checkbox"/> ()	てんかん Epilepsy	<input type="checkbox"/> ()
腎臓病・腎疾患 Kidney disease	<input type="checkbox"/> ()	心臓病・心臓疾患 Heart disease	<input type="checkbox"/> ()
糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> ()	薬剤アレルギー Drug allergy	<input type="checkbox"/> ()
四肢機能障害 Functional disorder in extremities	<input type="checkbox"/> ()	統合失調症 Schizophrenia	<input type="checkbox"/> ()
学習障害 Learning disability	<input type="checkbox"/> ()	うつ病 Depression	<input type="checkbox"/> ()
パニック障害 Panic disorder	<input type="checkbox"/> ()		()

5. 予防接種 Vaccination

麻疹 Measles ☐ 風疹 Rubella ☐ 水疱瘡 Chickenpox ☐

6. 検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis: 糖 glucose (), 蛋白質 protein (), 潜血 occult blood ()

7. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか？

Yes 又は No にチェックをしてください。

In view of the applicant's history and the above findings,

Yes ☐ No ☐

is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

8. 特記すべき事項 Particulars or additional comments: _____

日付

Date: _____

署名

Signature: _____

医師氏名

Physician's Name (in block letters): _____

検査施設名

Office/Institution: _____

所在

Address: _____