

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 (School year) *1	_____ 学年 Grade (School year)
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 (yyy/mmm/ddd) / /

氏名
Name _____
 職名
Title _____
 署名
Title _____

*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 <input type="checkbox"/> 正常 normal	心臓 <input type="checkbox"/> 正常 normal	心電図 <input type="checkbox"/> 正常 normal
Lungs <input type="checkbox"/> 異常 impaired	Cardiomegaly <input type="checkbox"/> 異常 impaired →	Electrocardiograph <input type="checkbox"/> 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。 Yes No
In view of the applicant's history and the above findings,
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: _____

きにゅうじょう ちゅうい 記入上の注意

Points to Note When Completing the Health Examination Report

1. おも きおうしやう らん もんしんとく きにゆう りかんじ ねんれい あわ
主な既往症の欄は問診等によって記入することとし、罹患時の年齢も併せて
きにゆう
記入してください。

Information regarding the patient's previous illnesses and pre-existing disorders obtained via medical consultation must be stated in the column provided. The patient's age at the time when the illness was diagnosed must also be declared.

2. げんざいしやう らん かくかしっかんとう ちりやう しよう みと また とく きやういく
現在症の欄は各科疾患等で治療を要すると認められるもの、又は特に教育
じやう はいりよ しよう みと
上、配慮を要すると認められるものについて、できるだけ詳しく記入してくださ
くにゆう
い。

Under the column for present medical conditions, ongoing disorders that have been diagnosed to require medical attention or special care in the course of receiving education must be listed in detail.

3. しっかん しょうがいとう がいとう ばあい むねきにゆう
疾患や障害等、該当するものがない場合でも、その旨記入してください。

If the patient has no known medical conditions, such diagnosis must be indicated clearly in the column provided.

4. けんさほうほうとう がっこうほけんほうしこうきそく さだ
検査方法等は学校保健法施行規則の定めるところによってください。

Medical diagnosis and consultation procedures must be carried out according to regulations prescribed under Japan's School Health Act. If the patient is undergoing the medical examination outside of Japan, medical diagnosis and consultation procedures must be carried out according to regulations stated under the relevant country's school health laws.

5. きにゆう きおうしやう げんざいちりやうちゆう ふく しんしん けんこうじやうたい ごうひ たい
記入いただいた既往症、現在治療中を含めた心身の健康状態を、合否の対
しよう ぜんじゆつ ちゅういじこう ばん しめ きやういくじやう およ
象とすることはありません。前述の注意事項2番で示すとおり、教育上及び学
しゅうじやう はいりよ かくにん もくてき けんこうしんだんしよ もち
習上での配慮について確認する目的として、健康診断書は用いられます。

Diagnosis of illnesses, past or present, as well as health conditions (physical and physiological) that the patient is currently receiving treatment for, will not be used as a basis for determining application eligibility. Information contained herein shall only be used for the purpose of determining the need for special care or attention in the course of administering education to the applicant.