

履 歴 ・ 身 上 書

聖カタリナ大学

西 暦

年 月 日

Family Name		Given Name		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">写真貼付欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ●3か月以内に撮影したもの ●上半身、正面、無帽、無背景 ●縦4cm、横3cm ●写真裏面に氏名を明記し、貼付すること </div>				
氏 (漢字)		名 (漢字)				性別		
生年月日	西暦 年 月 日生		国籍					
		(満 才)						
現住所 〒 _____				Phone _____				
※日本の場合は日本語、日本以外の場合は英語で記入してください。								
入学後の宿所予定 〒 _____				Phone _____				
Parent's Address in English Zip/Postal code (_____)				Phone _____ Country Code (_____)				
保 証 人	氏名 _____		本人との続柄 _____					
	現住所 〒 _____			Phone _____				
来日年月日	西 暦 年 月 日		在留資格	留学・就学・短期滞在・家族滞在 定住・その他 (_____)				
日本留学試験(日本語)	(_____) 2021年 6月	(_____) 2021年11月	日本語能力試験	N 1 ・ N 2				
	(_____) 2022年 6月	(_____) 2022年11月						
受験地	受験番号 _____		西 暦	年 月 合格				
※成績利用を希望する受験回に○をし、その回の受験地と受験番号を正しく記入してください。								
学 歴	学 校 名		在 学 期 間					
	(小学校)		年 月 入学 ~ 年 月 卒業					
	(中学校)		年 月 入学 ~ 年 月 卒業					
	(高等学校)		年 月 入学 ~ 年 月 卒業					
			年 月 入学 ~ 年 月 卒業					
			年 月 入学 ~ 年 月 卒業					
最終学歴	(学校名) _____		年 月 卒業 卒業見込					
職 歴	勤 務 先	所 在 地	勤 務 内 容	勤 務 期 間				
				年 月 ~ 年 月				
				年 月 ~ 年 月				
Family in English	Family Name	Given Name	Relationship	Age	Family Name	Given Name	Relationship	Age

健康診断票

Health Check-Up Report*

*For admission to overseas program, St. Catherine University, Japan

Date of exam: year month day

氏名 name	性別 (男 女) sex (M F)	生年月日 西暦 _____年____月____日 birthdate (ex: 1991 6 24)
身長 height:	cm.	体重 weight: kg.
胸部レントゲン chest x-ray	異常なし ・ 異常あり (所見 _____) no concerns concerns (specify)	
内科所見 internal medical check:		
眼の疾病及び異常の有無 vision and eye health	異常なし ・ 異常あり (所見 _____) no concerns concerns (specify)	
耳・鼻・咽頭及び皮膚疾患の有無 ear, nose, throat and general external health	異常なし ・ 異常あり (所見 _____) no concerns concerns (specify)	
心臓の疾病及び異常の有無 heart and circulatory system	異常なし ・ 異常あり (所見 _____) no concerns concerns (specify)	
その他の疾病及び異常の有無 other known illnesses	病名及び異常名を記入 Please list any specific diseases/health concerns _____	
判定 general evaluation	A. 異常なし no concerns	
	B. 経過観察 observation needed (specify) _____	
	C. 要精密検査 further examination is needed (specify) _____	
	D. 要治療 treatment is needed (specify) _____	
医療機関名	担当医師名 (サイン)	
Name of physician (block letters)	Signature of physician	

身元保証書

LETTER OF GUARANTEE

聖カタリナ大学 学長 殿 (To : The president of St. Catherine University)

学生氏名 (Name of Student) : _____

国籍 (Nationality) : _____

生年月日 (Date of birth) : _____

私は上記の者が聖カタリナ大学外国人留学生として日本に在留中、責任を持って下記事項を保証します。(I accept responsibility for the following matters while the above named student is staying in Japan as a foreign student of St. Catherine University.)

1. 本人が学業に専念するよう監督すること

(To ensure that the student's time is devoted primarily to academic pursuits.)

2. 本人が学費、生活費および帰国旅費を支払えない時の負担

(To bear the cost of all school fees, living expenses and travel expenses for the student to return to his or her native country in the event that the student is unable to do so.)

3. 本人が日本国法令上関係するあらゆる場合の身元引き受け

(To ensure that the student will obey the laSG and regulations of the government of Japan at all times.)

保証人氏名 (Guarantor's full name) : _____

現住所 〒 _____

(Present address) : _____

電話 (Telephone No.) : 自宅 (home) _____

勤務先 (workplace) _____

職業・勤務先 (詳細に)

(Occupation (in detail)) : _____

本人との関係

(Relationship to the student) : _____

日付 (西暦)

(Date) : _____ 年 月 日

署名 (印)

(Signature) : _____ 印

※押印は実印とし、印鑑証明書を添付すること。