

APPLICATION FORM

記入については黒のペンで丁寧にローマ字のブロック体で全項目ご記入下さい。

UNIVERSITY	Rakuno Gakuen University						No.
NAME (名前)	FAMILY NAME 姓 GIVEN NAME 名 漢字						
ADDRESS (現住所)	(日本語) 〒 (英語) Email メールアドレス :						写真添付 40mm × 30mm
EMERGENCY CONTACT (緊急連絡先)	Name 氏名 : Relationship 続柄 : City and country of emergency contact 在住都市と国名 : Email メールアドレス : Phone Number 電話番号 : + _____						
DATE of BIRTH (生年月日)	MM/DD/YYYY	AGE	BLOOD TYPE	GENDER ☐ Male 男 ☐ Female 女 ☐ Other	NATIONALITY		
AFFILIATION (学群・研究科)							
DEPARTMENT /COURSE (学類・専攻)							Year 学年:
ENGLISH SPEAKING ABILITY (英会話能力)	☐ Beginner 初級 : 挨拶や自己紹介などの基本的な表現は使えるが、会話を続けるにはサポートが必要 ☐ Lower-Intermediate 準中級 : 身近な話題について短い文で話すことができるが、言葉に詰まる ☐ Intermediate 中級 : 身近な話題で簡単な会話ができ、多少の間違いがあっても相手に自分の言いたいことを伝えられる。 ☐ Upper-Intermediate 中上級 : 日常的な場面で比較的スムーズに会話ができて、自分の意見や感情を表現できる。						
Hobbies and Special Skills (趣味・特技)	☐ Sports / スポーツ ☐ Music / 音楽 ☐ Singing / 歌 ☐ Dancing / ダンス ☐ Reading / 読書 ☐ Writing / 執筆・日記 ☐ Drawing / 絵・デザイン ☐ Cooking / 料理 ☐ Photography / 写真 ☐ Volunteering / ボランティア ☐ Traveling / 旅行 ☐ Gaming / ゲーム ☐ Gardening / ガーデニング ☐ Others / その他 (_____)						
FAMILY MEMBERS (家族構成)	Relationship (続柄)	Name (名前)			Occupation (職業)		
HEALTH (健康)	Do you have any chronic illness that requires regular medical treatment or medication? あなたは持病のために定期的な通院や常用している薬がありますか？ ☐ No ☐ Yes 「はい」の場合は、以下に詳しくご記入ください。 Name of illness 病名 : Condition 程度 : Name of medication 薬の名前 : ※常用している薬がある方は、英文の薬剤証明書 (Medication Certificate in English) を提出してください。						
ALLERGIES (アレルギー)	Do you have any allergies (to food, medicine, or other substances) ? 食べ物、薬、その他の物質に対してアレルギーはありますか？ ☐ No ☐ Yes 「はい」の場合は、以下に詳しくご記入ください。 Food 食品 : Medicine 薬品 : Others その他 :						

Please note that this information will be shared with the program organizers to ensure your safety.

この情報は、安全確保のためにプログラム主催者の大学と共有されます。