

# 海外出願留学生募集要項

## 海外出願資格

母国において通常の過程による12年の学校教育を修了した者および2018年3月31日までに修了見込みの者で、その国において大学入学資格を有する者、もしくはこれに準ずる学力があると認められた者でかつ18才以上の者で、次のいずれかに該当する者であること。

- (1) 日本語能力試験N2(旧2級)以上に合格した者。
- (2) 日本留学試験の日本語科目200点以上を取得した者。
- (3) 日本の日本語教育期間に6ヶ月以上在籍し(1)(2)相当の日本語力があると認められた者。

## 出願方法

■出願期間 2017年10月1日～12月30日

\*各コースとも定員に達し次第締切ります。

■出願書類

- (1) 入学願書(留学生用)      パスポートのコピー(全てのページ)
- (2) 外国における12年の課程の「卒業証明書」と「成績証明書」  
「卒業証明書」と「成績証明書」は、母国での最終学歴の原本(卒業した学校が発行し、証明した文書)もしくは、学校や公的機関が証明した文書を提出。
- (3) 出願資格を証明する書類。  
日本語能力試験N2合格証のコピー等
- (4) 健康診断書(学校指定の用紙)  
英語もしくは、日本語で記入されたもの
- (5) 経費支弁に関する書類(\*日本語もしくは英語で翻訳されたもの)
  - A.本人以外が留学費用を負担する場合
    - 金融機関(銀行)が発行した経費支弁者名義の預金残高証明書と預金通帳のコピー
    - 経費支弁書(学校指定の用紙)
    - 経費支弁者と出願者の関係が証明できる公的機関が発行した書類(戸籍謄本、出生証明書など)
    - 経費支弁者の収入等が証明できる公的機関が発行した書類(収入証明書、納税証明書など)
  - B.本人が留学費用を負担する場合
    - 金融機関(銀行)が発行した本人名義の預金残高証明書と預金通帳のコピー
- (6) 写真 4枚  
タテ4cm×ヨコ3cm(3ヶ月以内に撮影したもの) 1枚を願書に貼付。残り3枚を同封。
- (7) 選考料 25,000円  
「外国向け電信送金(Remittance Telegraphic Transfer)で送金ください。送金後、外国送金依頼書(Application for Remittance)のコピーを他の出願書類と一緒に同封してください。
- (8) 志望理由書 当校指定用紙

以上を郵送でお送りください。

## 海外送金について

選考料25,000円を下記の要領に従って、現地の金融機関の窓口から「外国向け電信送金 (Remittance Telegraphic Transfer) で送金してください。

通貨 (Currency of Payment) : 日本円 Japanese Yen  
送金目的 (Remittance Reason) : 選考料 (Screening Fee)  
送金金額 (Amount of Payment): Yen 25,000-

- \* 外国向け電信送金の際に発生する自国の手数料等は、送金人の負担とします。
- \* 日本での金融機関手数料は学校で負担します。

## ■ 支払先銀行

銀行名 Paying Bank 静岡銀行 The Shizuoka Bank, Ltd  
支店名 Branch 駅南支店 Ekinan Branch  
銀行住所 Bank Address 〒422-8067 静岡県静岡市駿河区南町11番1号  
11-1 Minamicho Suruga-ku, Shizuoka City, Shizuoka, JAPAN  
口座番号 店番号124 普通預金 0788022  
Payee's a/c No 124-0788022  
受取人 学校法人国際ことば学院 理事長 末續晨一郎  
Payee GAKKOHOUJIN KOKUSAIKOTOBAGAKUIN RIJICHO SUETSUGU SHINICHIRO  
受取人住所 静岡県静岡市駿河区八幡3-2-28  
3-2-28 Yahata Suruga-ku, Shizuoka City, Shizuoka, JAPAN  
SWIFT CODE SHIZJPT

## 海外出願者の入学選考方法

- (1) 書類選考
- (2) 面接試験 (Skype等により行います) 筆記試験 (E-mail/郵送等で行います)

## 海外出願者の入学選考方法

試験終了後、出願者に郵送で可否の結果を通知します。  
合格者には、合格通知書、学費納入等の入学手続き書類を郵送します。  
可否に関する電話などによる問合せには一切応じられません。

## 海外入学者の入学手続き

- (1) 入学金、授業料(前期分)、施設費、教材費、諸費用の振込  
合格通知後、学校が指定する期日(約3週間)までに、電信送金で (Remittance Telegraphic Transfer) で送金してください。  
\* 外国向け電信送金の際に発生する自国の手数料等は送金人の負担とします。  
\* 日本での金融機関手数料は学校で負担します。
- (2) 「在留資格認定証明書」申請 認定まで2ヶ月程度(3ヶ月程度かかる場合もあります)。  
上記の送金の確認後、「在留資格認定証明書」交付申請を学校が代理で行います。
- (3) 「査証(ビザ)申請」  
「在留資格認定証明書」交付後、「在留資格認定証明書」を郵送します。  
自分の国の日本大使館、領事館で査証(ビザ)申請を行ってください。  
\* 「在留資格認定証明書」「査証」不交付の場合、選考料、入学金を除く学納金は返金します。

# 入学願書

(私費外国人留学生) ※太枠内のみ黒のボールペンで記入ください。

受付日	年	月	日	取扱者印
受験番号				

<b>専門課程</b> (国際文化学科のみの受験はできません)		志望学科・コースに○をつけてください										
		マルチリンガルビジネスコース(2年制)										
		グローバルコミュニケーションコース(2年制)										
		国際文化学科(1年制)併願希望										
氏名	英字名											
	カタカナ											
	漢字											
国籍			出生地			母語						
性別	男・女	生年月日	年	月	日生	配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
現住所						試験区分	学校推薦有					
	携帯番号			E-mail			特別奨学生認定書有					
日本緊急連絡先 (在籍学校の先生可)	氏名			住所								
	電話番号			本人との関係								
在留資格			入国年月日	年	月	日	在留期限	年	月	日		
旅券番号 (パスポート)			発行年月日	年	月	日	有効期限	年	月	日		
在留カード番号				日本入国歴	回	直近の出入国歴						
				年		月		日		年	月	日
家族構成	氏名	性別	年齢	本人との関係	職業	現在の居住国						
			男・女									
			男・女									
			男・女									
			男・女									
			男・女									

写真  
 正面脱帽  
 (6か月以内のもの)  
 裏面に  
 氏名・生年月日  
 を記入  
 4cm×3cm

※家族構成等、所定の書式内に書ききれない場合、別紙に箇条書きにして提出してください。

選考料の振込受領書を貼付してください  
(コピー貼付可)

在日親族 及び同居者	続柄	氏名	生年月日	国籍	同居	勤務・通勤先	在留カード番号
			年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
			年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
			年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
			年 月 日		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

■ 学歴：小学校から最終学歴まで ※該当する学校に○をつけてください。

学 校 名	所在地(〇〇市まで)						入 学 年 月	卒 業 年 月	在 学 年 数
	小	中	高	大	短大	専門			
							年 月	年 月	年
							年 月	年 月	年
							年 月	年 月	年
							年 月	年 月	年
							年 月	年 月	年

■ 日本および海外における日本語学習歴

学 校 名	所在地(〇〇市まで)	入 学 年 月	卒 業 年 月	在 学 年 数
		年 月	年 月	年
		年 月	年 月	年
		年 月	年 月	年

■ 日本語関連試験等(試験を受けた人のみ)

日本語能力試験	レベル	年 月	点	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
日本留学試験		年 月	日本語科目 点	点
その他の試験(NAT-TEST, TOEIC など)	試験名		合格レベル	年 月

■ 母国家族住所

連絡が取れる方の名前	住 所	電 話 番 号	本人との関係
		携 帯 番 号	職 業

■ 経費支弁者(上記と同じ場合不要、本人の場合本人と記入)

氏 名	住 所	電 話 番 号	本人との関係
		携 帯 番 号	職 業





# 経費支弁書

Letter of Pledge

年 月 日  
Year Month Day

日本国法務大臣 殿

To: The Minister of Justice, Japan

学生氏名  
Student's Name

国籍  
Nationality

生年月日  
Date of Birth

年 月 日  
Year Month Day

性別 男 女  
Sex  Male  Female

私は、上記の者が日本国に入国、在留した場合の経費支弁者になりましたので、下記の通り経費支弁の引き受け経緯を説明するとともに、経費支弁について誓約いたします。

I hereby agree to take the responsibility of paying the expenses of the student mentioned above his/her stay in Japan.

1. (1)申請者との関係 Relationship with the student ( Please check  in the box.)  
父親・Father 母親・Mother 兄弟・Brother 姉妹・Sister  
叔父・Uncle 叔母・Aunt その他 Other relationship ( )

(2)経費支弁の理由および引き受け経緯

The reason for my bearing the expenses of above mentioned and relationship with him/her stay in Japan.

2. 経費支弁額と支弁方法 The amount of expenses the sponsor will bear, and the measure of payment.  
私は、以下の学費と生活費を支弁します、また、上記の者が在留期間更新または、在留資格変更申請を行う際には、送金証明書または本人名義預金通帳(送金事実が記載されたもの)の写し等で生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

I will bear following student's expenses during his/her stay in Japan. When the student above extend or change his/ her visa in Japan. I will submit some remittance proof such as bank transferring statement or student's bank note to certify my remittance.

(1)学費 Tuition Fee 円/Yen(1年/per year)

(2)生活費 Living expenses 円/Yen(月額/per month)

(3)支弁方法 The measure of payment (please explain how to pay the amount above.)

経費支弁者  
Name of Sponsor

署名  
Signature

住所  
Sponsor's address

電話/TEL  
会社/Company TEL

職業 会社名  
Occupation Company Name

年収  
Annual income Currency

Please print NEATLY  
and CLEARLY


KKGCFL

# 健康診断書 Certificate of Health

## 注意事項 IMPORTANT NOTE

この健康診断書は、現在の健康状態で問題なく留学生活を送れるかどうかを把握するためのものです。  
\*医師に診断を受け正確に記入してもらってください。感染症の免疫が確認できない場合にはワクチン接種を強く推奨します。

The purpose of this form is to understand the student's health conditions that may affect his/ her studies before he/she comes to Japan.  
\*This form must be completed by a medical physician. If a student does not have antibodies against the infectious diseases listed below, we strongly recommend that he/she to get vaccinated.

 医療機関印 Official Stamp of Institution/Clinic	診断日 Date _____
	医療機関名 Institution/Clinic _____
	所在地 Address _____
	医師氏名 Name of Physician _____
	署名 Signature _____

氏名 Name	姓 Family _____ 名 Given _____ ミドルネーム Middle _____		
	生年月日 Date of Birth	19 ____ 年 ____ 月 ____ 日 Year Month Day	性別 Sex

検査事項 現在の状態 Examination Report Current State of Health	
視力 Eye-sight	左 (L) _____ 右 (R) _____ <input type="checkbox"/> 裸眼 Without glasses or contact lenses <input type="checkbox"/> 矯正 With glasses or contact lenses
聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
胸部X線検査 Chest X-ray	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired 撮影日 Date ____ 年 ____ 月 ____ 日 Year Month Day
	所見があれば記入してください。Describe the condition in detail.
	<input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive Date (Year) / (Month) / (Day)

感染症などの病歴について Records of Infectious diseases and Immunization			
以下の感染症にかかったこと、および予防接種を受けたことがありますか。 Has the student ever had the following diseases and/or received vaccination?			
麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /	風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /
流行性耳下腺炎 Mumps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /	水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /

学業に阻害を及ぼす過去の病歴 Medical conditions which might affect the student's academic performance	
主な既往症や持病はありますか。Does the student have any serious past medical history or chronic illness? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No 有の場合、病名と治療完了日を記入してください。If "Yes", please indicate the name of the disease and recovery date. 例) 気管支喘息、心臓病、てんかんなど。 eg) Bronchial asthma, Cardiac diseases, Epilepsy etc.	
心身の疾病または障害に関する所見 Are there any physical or mental conditions that may limit the student's ability to study? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No. 有の場合、具体的に症状を記入してください。If "Yes", please describe the conditions in detail.	
食物・薬物アレルギーがあれば記入してください。Does the student have any food or drug allergies? If "Yes", please describe.	

この学生は精神的及び身体的に、海外での留学に適した状態にあるとお考えになりますか。Do you consider the student to be in adequate mental and physical health for full and successful participation in the study abroad program?	<input type="checkbox"/> はい Yes (Adequate) <input type="checkbox"/> いいえ No (Inadequate)
いいえの場合、具体的な理由を述べてください。If "No", please describe the reason.	