

金城大学・金城大学短期大学部
留学生入学試験

入学願書

区分
総合型選抜Ⅰ
総合型選抜Ⅱ
留学生入試Ⅰ
留学生入試Ⅱ

受験番号(記入不可)
別科受験番号(記入不可)
受付日(記入不可)

志望学部	学部	コース
学科・コース	学科	コース

留学生別科の併願 する しない

氏名	母国語					
	アルファベット表記					
	日本語					

写真貼付欄
3ヵ月以内に撮影のもの
(縦4cm×横3cm)

生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女	国籍	
------	------------	----	-----	----	--

連絡先	(住所)	(TEL)
-----	------	-------

保護者	(氏名)	(TEL)
	(住所)	

最終学歴	(学校名)	職歴	(勤務先)
	_____年_____月 卒業見込・卒業・中退		_____年_____月 ~ _____年_____月

身元保証人 (日本国内)	(氏名)	(職業)	(TEL)
	〒 _____		

金城大学留学生入学試験

受験票

受験番号	試験日	《注意》
志望学部・学科・コース	学部 学科	受験者は必ず受験票を持参してください。 試験室では受験番号を机に表示してありますので、指定された受験番号の席に着席してください。 試験答案はHBの黒鉛筆・シャープペンシルを使用してください。
氏名	(母国語) ----- (日本語)	

履 歴 書

氏 名				生年月日	年 月 日 (歳)		
国 籍		出生地		婚姻の有無	未婚・既婚 (配偶者名)		
学 歴	学 校 名 ----- 所在地(国・地域名・都市名)		校 長 名	修学年限	入学年月日	卒業年月日	
小学校	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
中学校	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
高等学校	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
専科学校	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
その他	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
大 学	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
大学院	-----			年間	年 月 日	年 月 日	
職 歴	勤 務 先 名 ----- 所在地(国・地域名・都市名)		職 種	勤 務 期 間			
	-----			年 月 日 ~ 年 月 日			
	-----			年 月 日 ~ 年 月 日			
卒業後の予定							

～ 裏面も記入すること～

過去の日本への入国歴等 ※1～4について、回答に○をつけてください。

1 入国のための申請をしたことがあるか	ある	ない
※あると回答した場合のみ以下の質問「2～4」についても記入してください。		
2 入国の申請結果はどうであったか	許可された	不許可になった
3 入国したことがあるか	ある	ない
※あると回答した場合は、以下についても記入してください。		
入国回数 _____回 直近の入国歴 _____年 _____月 ~ _____年 _____月		
入国の目的 [_____]		
4 過去に不利益処分等を受けた場合は、以下について回答してください。		
① 不交付となった	ない	ある
② 査証が発給拒否となった	ない	ある
③ 各種申請を取り下げた	ない	ある
④ その他不利益処分等があった	ない	ある
(①、②以外の理由で入国が認められなかった経歴がある場合や、過去において在留中に不利益処分等がなされた経歴がある場合)		
⑤ その他(①～④)に当てはまらない	ない	ある

上記のとおり相違ありません。

作成年月日: _____年 _____月 _____日

本人署名: _____

学費・滞在費等負担保証書

学校法人金城学園
理事長 加藤 真一 殿

受験者氏名

生年月日 年 月 日生

国籍

上記の者が金城大学または金城大学短期大学部に留学するにあたり、貴学の学費、滞在費および帰国費用などの諸経費については以下の方法で私（保証人）が負担いたします。

《経費支弁方法・支弁時期・金額等》

(1) 学費

支弁時期に○を付 毎月・半年ごと・年間 _____万円
すこと

(2) 生活費 毎月 _____万円

(3) 支弁方法（送金・振込等支弁方法を具体的に書いてください）

記入日： 年 月 日

保証人氏名
（自署）

生年月日 年 月 日生

住所

電話番号
（自宅、携帯）

受験者との関係

職業
（職位含む）

職務内容
（具体的に）

勤務先所在地

勤務先電話番号

※添付書類：保証人の預金残高証明書（原本）及び通帳のコピー（過去3年分）、在職証明書、収入証明書または所得・課税証明書（過去3年分）、親族関係証明書、家族全員分の戸籍簿写しまたは世帯全員の住民票

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

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

氏名 Name: _____
男 Male 生年月日 Date of Birth: _____
女 Female

Family name, First name Middle name

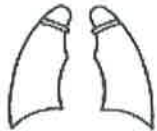
1. 身体検査 Physical Examination

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
Height Weight
- (2) 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 Blood Ty.

A	B	O
RH	+	-

 脈拍 整 Regular
Blood pressure mm/Hg Pulse 不整 Irregular
- (3) 視力 Eyesight: (R) _____ (L) _____ 色覚異常の有無 正常 Normal
裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses Color blindness 異常 Impaired
- (4) 聴力 正常 Normal 言語 正常 Normal
Hearing: 低下 Impaired Speech: 異常 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 six months prior to the certification are NOT valid).



肺 正常 Normal
Lungs: 異常 Impaired

心臓 正常 Normal
Cardiomegaly: 異常 Impaired

← Date _____
Film No. _____

異常がある場合
心電図

Electrocardiograph: 正常 Normal
異常 Impaired

Describe the condition of applicant's lungs.

3. 現在治療中の病気 Yes (Disease _____) No
Disease currently being treated

4. 既往症
Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
(If the applicant has not contracted any of the disease, please check "None".) (いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。)

Tuberculosis..... (. . .) Malaria..... (. . .) Other communicable disease..... (. . .)
Epilepsy..... (. . .) Kidney disease..... (. . .) Heart disease..... (. . .)
Diabetes..... (. . .) Drug allergy..... (. . .) Psychosis..... (. . .)
Functional disorder in extremities..... (. . .)

None.....

5. 検査 Laboratory tests
検尿 Urinalysis: glucose (), protein (), occult blood ()

赤沈 ESR: _____ mm/Hr, WBC count: _____ /cmm 貧血
anemia

Hemoglobin: _____ gm/dl, GPT: _____

6. 診断医の印象を述べて下さい。（問題がない場合も、その旨ご記入ください。）
Please give your impression of the applicant's health. (If you do not have a particular opinion, please write as such.)

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？
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?

Yes No

日付 Date: _____ 署名 Signature: _____

医師氏名
Physician's Name in Print: _____

検査施設名
Office/Institution: _____
所在地
Address: _____

予防接種歴 確認票

◆予防接種歴について記入し、用紙の裏面には母子健康手帳の記載部分（予防接種欄と今までにかかった病気欄） および病院の証明書のコピーを貼付してください。

	学部	フリガナ		性別
	学科	氏名		男・女

* 太宰内大学記入欄

1) 麻しん予防接種歴

	予防接種日				ワクチン種類を○で囲む
1回目	平成	年	月	日	麻しん ・ MR ワクチン
2回目	平成	年	月	日	麻しん ・ MR ワクチン

2) 風しん予防接種歴

	予防接種日				ワクチン種類を○で囲む
1回目	平成	年	月	日	風しん ・ MR ワクチン
2回目	平成	年	月	日	風しん ・ MR ワクチン

3) 水痘および流行性耳下腺炎予防接種歴

特に、幼児教育学科では実習先によって、水痘（水ぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）の予防接種歴を問われることがありますので、必ず記入してください。

	予防接種日				かかったことのあり・なしを○で囲む
水痘 (水ぼうそう)	平成	年	月	日	あり ・ なし
	平成	年	月	日	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	平成	年	月	日	あり ・ なし
	平成	年	月	日	

4) 病気・体質など事情により予防接種を受けられない場合は、その理由を記入してください

本学への送金は、下記の口座をお願いします。送金手数料は振込をする人の負担になりますから、注意してください。

振込用紙について

依頼人コードは記入しないでください。

学生氏名（カタカナで記入）、住所、電話番号を必ず記入してください。

授業料などの振込先

【銀行名 Beneficiary Bank】

北陸銀行 The Hokuriku Bank, Ltd.

【SWIFT code】RIKBJPJT

【支店名・住所 Branch Name・Address】

犀川支店
920-0968 石川県金沢市幸町2-8

Saigawa Branch
2-8 Saiwai-cho, Kanazawa-shi, Ishikawa-ken
JAPAN
Postal Code : 920-0968

【電話番号 Telephone】+81-76-263-1226

【受取人口座番号 Beneficiary Account Number】 311-1024360

【受取人名・住所 Beneficiary Name・Address】

学校法人 金城学園 金城大学短期大学部
924-8511 石川県白山市笠間町1200

KINJO GAKUEN KINJO COLLEGE
1200 Kasama-machi, Hakusan-shi
Ishikawa-ken JAPAN
Postal Code : 924-8511

【電話番号 Telephone】+81-76-276-4411