

群馬大学情報学部研究生入学願書

【学部】

令和 年度	※ 整理番号	研一令
------------	-------------	-----

ふ り が な 氏 名				写 真 たて4cm×よこ3cm
生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）	男 ・ 女		
国 籍	(外国籍の者)			
現 住 所	〒 - - 電話 - - -			
連 絡 場 所	〒 - - 電話 - - -			
研 究 課 題				
希 望 指 導 教 員				
研 究 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
最 終 学 歴	[学校名 例：〇〇大学] 国立 公立 私立			
	[学部名等（学科・専攻まで） 例：〇〇学部〇〇学科]			
	年 月 日 卒業・卒業見込			
日 本 語 学 習 歴 (証明する書類を添付)	(日本語を母語としない者) 年 月 日 卒業・卒業見込			
日本語能力試験(日本国際教育支援協会など) (証明する書類を添付)	(日本語を母語としない者) ・ 受験していない ・ _____年度試験を受験した			
勤 務 先	(官公庁、民間会社等に勤務する者) 勤務先名 職 名 所 在 地 電話 - - -			

※ 事務記入欄	検定料 円	入学料 円	授業料 円
--------------	------------	------------	------------

※欄は記入しないでください。

履 歴 書

学 歴

区 分	入学・卒業年数	修業年限	在学年数	学 校 名
初 等 教 育 (小学校)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
中 等 教 育 (中学校)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
中 等 教 育 (高等学校)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
高 等 教 育 (大 学)	年 月入学 年 月卒業	年	年	
	年 月入学 年 月卒業	年	年	
以上を通算した全学校教育年数		年	年	

職 歴

期 間	職 業 ・ 会 社 名 等
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月	

※職歴欄が不足の場合は適宜、枠外に記載してください。

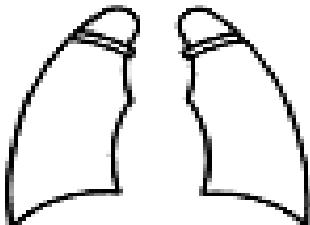
健康診断書

(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH

(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	Surname 姓		Given name 名		Middle name ミドルネーム
性別 Gender	☐ 男 Male	☐ 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 yyyy	月 mm
				日 dd	

1. 身体検査 Physical examination					
(1)身長 Height	cm		(2)体重 Weight	kg	
(3)血圧 Blood pressure	mmHg～		(4)血液型 Blood type	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ RH+ ☐ RH-	
(5)脈拍 Pulse	☐ 整 Regular ☐ 不整 Irregular		(7)色覚異常の有無 Color blindness	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)		(8)聴力 Hearing	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
			(9)言語 Speech	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)					
		胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 yyyy mm dd	
			フィルム番号 Film No.		
		(1)肺 Lungs	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired		
		(2)心臓 Cardiomegaly	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired		
異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph					
☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired					
3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated					
☐ 無 No ☐ 有 Yes : 病名 Disease					
4. 検査 Laboratory tests					
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose		蛋白 protein		潜血 occult blood
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU/ l)	GOT (AST)	(IU/ l)	貧血 Anemia
					γ-GTP
5. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health					
継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。 Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.					

6. 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? 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 (はい) ☐ NO (いいえ) ※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application. 必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大使館は申請を受理しません。	日付 Date	
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	
	所在地 Address	

研 究 生 調 書

志願者氏名

1 過去に専攻した専門分野、研究内容等（別紙も可）

2 本学での研究計画（志望理由、入学後の研究計画について詳細に記入すること。別紙も可）

3 研究生修了後の進路計画