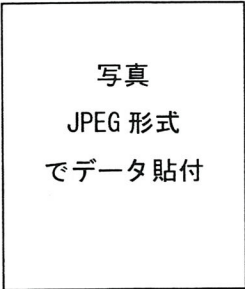


2017 JAL スカラシッププログラム アプリケーション

記入日 年 月 日



基本情報

名前

ローマ字

		Middle Name (if any)
--	--	----------------------

姓

名

Middle Name (if any)

カタカナ

		Middle Name (if any)
--	--	----------------------

姓

名

Middle Name (if any)

漢字 Kanji (if any)

--	--	--

姓

名

プログラム中に呼んでほしいニックネーム _____

国籍 _____

性別 男 女

生年月日 _____

年齢 _____

月 / 日 / 年

現住所 (郵送に使用いたします。国名から郵便番号まで含めて、自宅のご住所を明確に記入してください。カタカナ使用不可。)

(郵便番号 Zip-code : _____)

電話(国/地域番号を明記してください) _____ FAX(同左) _____

E-mail Address _____

パスポート番号 _____

緊急時の母国の連絡先

名前 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話(国番号を明記してください) _____ FAX(同左) _____

E-mail Address _____

学校名 _____

専攻 _____

母国語 _____

日本語能力

日本語検定 () 級 () 年

日本語履修暦

英語能力 (参考)

TOEIC () 点 TOEFL () 点

討論ができる

日常会話ができる

片言

その他の外国語 (参考)

討論ができる

日常会話ができる

片言

健康状態

良い あまりよくない

常用の薬の有無 ある ない

(ある場合、具体的に記入) _____

アレルギー ある ない

(ある場合、具体的に記入)

ペット _____

医薬品 _____

食 物 _____

その他 _____

食事制限の有無 ある ない

ある場合、具体的に記入してください。

<例: 豚肉、海老、卵、乳製品(ミルク、バター、チーズ)>

宗教上の理由 _____

アレルギー _____

その他 _____

好きな食べ物 _____

嫌いな食べ物、日本食で食べられない物 _____

飲酒 お酒を飲む お酒を飲まない

喫煙 煙草を吸う 煙草を吸わない

ペットは好きですか? はい いいえ

いいえの場合、具体的に 犬 猫 その他 _____

★「健康状態」以下、「食事制限」、「食事好き嫌い」、「飲酒」「喫煙」などの質問項目は、日本での受け入れ準備に必要な情報であり、スカラー採用の可否には直接関係いたしませんので、正確なご記入をお願いいたします。

海外旅行経験

時期・期間

国名

目的

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

趣味・特技

将来の希望（職業など）

日本について興味のあること

日本滞在中に学びたいこと、知りたいこと

自己PR
