

## 出願書類作成上の注意

### 1. 特別聴講学生の場合

- ① 履修を希望する学部が指定した言語で出願書類を作成すること。(募集要項 5、6 ページ参照)
- ② 「履修を希望する学部の授業科目」と「履修を希望する学部以外の授業科目(教養教育科目を含まない)」を分けて記入すること。  
※履修を希望する学部以外の学部の科目の履修を希望する場合、日本に来てから履修手続を行います。事情により希望科目を履修できない可能性もあります。  
※多文化社会学部への入学を希望する学生で、教養教育科目の履修を希望する場合は、「履修を希望する学部の授業科目」に希望する教養教育科目名を記入すること。
- ③ 履修を希望する学部が定める「1 学期あたりの最低履修単位数」を満たすこと。(募集要項 5、6 ページ参照)
- ④ 1 年間の留学を希望する場合、2016 年度前期と後期両方の授業科目を記入すること。
- ⑤ 一般交換留学生履修可能科目は下記のウェブサイトから入手すること。  
URL : [http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/j/kibou/syurui\\_4.html](http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/j/kibou/syurui_4.html)  
※ただし、年度により授業科目が変更する場合があります。授業科目、曜日・校時等に変更があった場合、渡日してから調整する。
- ⑥ 「入学理由希望及び学習計画書」には、現在主に専攻していること、長崎大学で主に勉強したいことを記入すること。

※本学で単位を修得し、在籍大学においてその単位の認定を希望する場合

出願する前に単位認定を希望する授業科目が一般交換留学生に提供されているかを確認の上、その授業科目が在籍大学で単位認定されるのかを確認すること。

シラバスは、下記ウェブサイトから参照可能。

URL : [http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/j/kibou/syurui\\_4.html](http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/j/kibou/syurui_4.html)

※本学での授業科目の履修について

特別聴講学生入学願書に記入し、入学許可通知書に記載された授業科目を原則履修すること。

### 2. 特別研究学生の場合

- ① 研究指導を受けようとする研究科が指定した言語で出願書類を作成すること。(募集要項 6 ページ参照)
- ② 一般交換留学生履修可能内容は下記ウェブサイトから入手すること。  
URL : [http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/j/kibou/syurui\\_4.html](http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/j/kibou/syurui_4.html)
- ③ 「入学希望理由及び学習計画書」には、現在主に専攻していること、長崎大学で主に勉強したいことを記入すること。
- ④ 教育学研究科、水産・環境科学総合研究科、医歯薬学総合研究科へ出願する際は、研究指導を受けようとする教員に事前に連絡を取り、受入について内諾を得たことがわかる書類を添付すること。

※特別研究学生は単位の修得ができません。

## Instructions

Please read “2016 Nagasaki University Student Exchange Program” brochure carefully.

### 1. Special Auditing Student

- ① Please use the language required by your desired faculty/school or graduate school to fill in your application documents. (See p. 5~6)
- ② Write down “subjects offered by your desired faculty/school” and subjects offered by faculties/schools other than your desired faculty/school” on the appropriate forms separately.

\*Regarding subjects offered by faculties/schools other than your desired faculty/school, you will apply for the subjects only after you arrive at Nagasaki University. Please note that you might not be able to take all subjects due to various reasons.

\*For those who desire to apply for School of Global Humanities and Social Sciences and wish to take subjects offered by General Education, add the subjects on the “Application for Special Auditing Student” form.

- ③ You are required to meet the minimum number of credits to register for your desired faculty/school. (See p. 5~6)
- ④ If you apply for this program for one year, you are required to select subjects for both semesters. Please complete one form for each semester.
- ⑤ Please refer to “Lists of Subjects Offered and Research Content/Fields Offered for Exchange Students” on the following website: URL : [http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/e/pis/syurui\\_4.html](http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/e/pis/syurui_4.html)

If you wish to study at Nagasaki University from the 2016 Spring Semester, please refer to “2015 Academic Year Lists of Subjects Offered and Research Content/Fields Offered for Exchange Students.” If you wish to study at Nagasaki University from the 2016 Fall Semester, please refer to “2016 Academic Year Lists of Subjects Offered and Research Content/Fields Offered for Exchange Students” which will appear in April, 2016. Subjects offered and research content/fields offered for exchange students are subject to change every academic year. If there are any changes, accepted students can rearrange their schedules right after they arrive at Nagasaki University.

- ⑥ In “Reason for Application”, describe your study field at your home university and what you would like to study at Nagasaki University.

\*To transfer credits earned at Nagasaki University to the students’ home university:

Before applying for this program, you have to confirm that subjects you are willing to take are offered to exchange students and ask your home university about credit transfer. For subject syllabi, please refer to the following website:  
URL : [http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/e/pis/syurui\\_4.html](http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/e/pis/syurui_4.html)

\*To take subjects at Nagasaki University:

In principle, you are required to take subjects listed on your application form, since you have been accepted according to those listed on your application.

### 2. Special Research Student

- ① Please use the language required by your desired graduate school to fill in your application documents. (See p. 6)
- ② Please refer to “2015 Academic Year Lists of Research Content/Fields Offered for Exchange Students” on the following website: [http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/e/pis/syurui\\_4.html](http://www.nagasaki-u.ac.jp/ryugaku/e/pis/syurui_4.html)
- ③ In “Reason for Application”, describe your research field at your home university and what you would like to do at Nagasaki University.
- ④ If you are applying to Graduate School of Education, Graduate School of Fisheries and Environmental Studies or Graduate School of Biomedical Sciences, you are required to obtain an informal consent from you prospective supervisor in advance and required to submit a document of proof.

※Note: Special Research Student does NOT earn credits.

2016 年度前期長崎大学一般交換留学  
2016 Spring Nagasaki University Student Exchange Program

出願書類パッケージ / Application Package  
(この用紙を出願書類の表紙としてお使いください)  
(Use this sheet as a cover for application)

提出日/Date : \_\_\_\_\_年/Year \_\_\_\_\_月/Month \_\_\_\_\_日/Day

大学名/Home University : \_\_\_\_\_

出願者名/Name of Applicant : \_\_\_\_\_

当出願書類は下記の書類と一緒にご提出ください。

This application should be sent as a complete package containing all of the following documents.

記/List

- ① 入学願書/Application
- ② 入学希望理由書/Reason for Application
- ③ 履歴書/Resume Form
- ④ 健康診断書/Certificate of Health
- ⑤ 在留資格認定証明書交付申請書/Application for Certificate of Eligibility
- ⑥ 推薦書/Letter of Recommendation
- ⑦ 在学証明書/Certificate of Student Registration
- ⑧ 成績証明書/Academic Transcript
- ⑨ 学生証用写真 (2.4 cm × 3 cm) 4 枚/4 pieces of ID Picture (2.4cm × 3cm)
- ⑩ 語学力を証明するものの写し/Copy of Proof of Language Proficiency
- ⑪ パスポート (身分証明のページ) の写し/Copy of Passport(page of your face)

出願書類の提出にあたっては、下記の住所へ在籍大学の留学担当者をとおして提出しなければなりません。

This application package should be sent to the following address through the office responsible for student exchange at the applicant's home university.

International Exchange Division  
Nagasaki University  
1-14 Bunkyo-machi, Nagasaki 852-8521, Japan  
Telephone: +81-95-819-2120 / Fax: +81-95-819-2125  
Email: ryugaku@ml.nagasaki-u.ac.jp

出願条件チェックリスト  
Application Requirements Checklists

※出願前に、チェックしてください。

Please check application requirements below before applying for the Nagasaki University Student Exchange Program.

在籍大学の正規学生である。

I am currently enrolled as a full-time student at my home university.

在籍大学での卒業又は修了予定が長崎大学の定める留学期間終了後である。

My expected date of graduation or completion is after the end of duration of this program.

出願学部、研究科の出願条件を満たしている。(募集要項 5、6 ページ参照)

I meet requirements of my desired faculty/school or graduate school. (See p 5, 6)

募集要項の出願条件を読み、全ての出願条件を満たしていることに間違いありません。

I, as the applicant, confirms by signing below that I have read requirements mentioned in the brochure and have met the all requirements.

大学名 Home University	
出願者名 Name of Applicant	
在籍大学での 卒業・修了予定年月日 Expected date of graduation or completion in Home University	_____年/Year _____月/Month
希望学部・研究科 Desired faculty/school or graduate school	
記入年月日 Date of Write	_____年/Year _____月/Month _____日/Day







医学部用  
For Students Only Applying for the School of Medicine

年 月 日  
Date: year month day

特別聴講学生入学願書  
Application for Special Auditing Student

長崎大学長 殿  
Dear President of Nagasaki University

在籍大学  
Home University \_\_\_\_\_  
学部  
Faculty / School \_\_\_\_\_  
学科 / 専攻  
Division / Course \_\_\_\_\_  
学年  
Grade(School Year) \_\_\_\_\_  
氏名  
Name \_\_\_\_\_

私は、貴大学の特別聴講学生として入学し、下記の授業科目を履修したいので、許可くださるようお願いいたします。  
I apply to be enrolled in your university as a special auditing student and take subjects selected below.

記

履修を希望する学部名:  
Desired Faculty / School

School of Medicine

2016年度： 前期 / Spring Semester 2016			
授業科目 Subject	単位数 Credit	担当教員 Lecturer	曜日・校時 Day・Period
1st choice	14		Mon~Fri, 1~4
2nd choice	14		Mon~Fri, 1~4
3rd choice	14		Mon~Fri, 1~4

※第一希望～第三希望をリストから選んでください。

※Select your first, second and third choices from the subject list of School of Medicine.

Would you like to apply to the Japanese Language Courses? Please check your answer as below. 日本語コースの申込希望はありますか？下記に回答してください。
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
日本語コースを受けるためには研究室の教授に許可を取る必要があります。 *Please note that you need to get the permission from the professor in order to take the Japanese Language Courses.

**RESEARCH SEMINAR**

Research Seminar is a program for medical students to understand the meaning of basic research and develop research skills. A student who applies Research Seminar will select one laboratory from the subjects list and be a member of the research group. The student will conduct research on a theme which will be guided by his/her supervisor in the laboratory. The term of Research Seminar is basically two months. Results of research will be evaluated by teachers based on the presentation at the end of the Research Seminar.

Please note that the students cannot take other classes during the Research Seminar. All data and rights of publication belong to the laboratory, and the participant are not allowed to bring them to outside of the laboratory.

Requirements:

Applicants are required to have basic knowledge in medical science and basic skills of laboratory research.



医学部用  
For Students Only Applying for the School of Medicine

年 月 日  
Date: year month day

特別聴講学生入学願書  
Application for Special Auditing Student

長崎大学長 殿  
Dear President of Nagasaki University

在籍大学  
Home University \_\_\_\_\_  
学部  
Faculty / School \_\_\_\_\_  
学科 / 専攻  
Division / Course \_\_\_\_\_  
学年  
Grade(School Year) \_\_\_\_\_  
氏名  
Name \_\_\_\_\_

私は、貴大学の特別聴講学生として入学し、下記の授業科目を履修したいので、許可くださるようお願いいたします。  
I apply to be enrolled in your university as a special auditing student and take subjects selected below.

記

履修を希望する学部名:  
Desired Faculty / School

School of Medicine

2016年度 : 後期 / Fall Semester 2016			
授業科目 Subject	単位数 Credit	担当教員 Lecturer	曜日・校時 Day・Period
1st choice	14		Mon~Fri, 1~4
2nd choice	14		Mon~Fri, 1~4
3rd choice	14		Mon~Fri, 1~4

※第一希望～第三希望をリストから選んでください。

※Select your first, second and third choices from the subject list of School of Medicine.

Would you like to apply to the Japanese Language Courses? Please check your answer as below. 日本語コースの申込希望はありますか？下記に回答してください。
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
日本語コースを受けるためには研究室の教授に許可を取る必要があります。 *Please note that you need to get the permission from the professor in order to take the Japanese Language Courses.

**RESEARCH SEMINAR**

Research Seminar is a program for medical students to understand the meaning of basic research and develop research skills. A student who applies Research Seminar will select one laboratory from the subjects list and be a member of the research group. The student will conduct research on a theme which will be guided by his/her supervisor in the laboratory. The term of Research Seminar is basically two months. Results of research will be evaluated by teachers based on the presentation at the end of the Research Seminar.

Please note that the students cannot take other classes during the Research Seminar. All data and rights of publication belong to the laboratory, and the participant are not allowed to bring them to outside of the laboratory.

Requirements:

Applicants are required to have basic knowledge in medical science and basic skills of laboratory research.

全学部共通(医学部除く)

For Students Applying for a Faculty/School other than the School of Medicine

在籍大学

Home University

氏名

Name

スケジュール

Schedule

2016年度 前期 / Spring Semester 2016					
	月 Monday	火 Tuesday	水 Wednesday	木 Thursday	金 Friday
1					
2					
3					
4					
5					
集中 Intensive course					

2016年度 後期 / Fall Semester 2016					
	月 Monday	火 Tuesday	水 Wednesday	木 Thursday	金 Friday
1					
2					
3					
4					
5					
集中 Intensive course					

Date: 年 月 日  
year month day

# 特別研究学生入学願書 Application for Special Research Student

長崎大学長 殿  
Dear President of Nagasaki University

大学院  
University  
研究科  
Graduate School  
専攻  
Course  
学年  
Grade(School Year)  
氏名  
Name

私は、貴学の特別研究学生として入学し、下記の研究指導を受けたいので、許可くださるようお願いいたします。  
I apply to be enrolled in your university as a special research student and intend to do the research mentioned below.

記

1. 希望する研究科名 / Name of Desired Graduate School

-----

2. 希望する研究テーマ / Subject of Desired Research

-----

3. 研究期間 / Period of Research

(From) 年 月 日 ~ (To) 年 月 日  
year month day year month day

4. 希望する指導教員・所属 Name of desired supervisor and field of study

-----

5. (教育学研究科、医歯薬学総合研究科、または水産・環境科学総合研究科への出願希望者のみ)  
(For those who wish to apply either for Graduate School of Education, Biomedical Sciences or Fisheries Science and Environmental Studies only)

希望する指導教員から受入れの内諾を得ている

※内諾があることを証明できる書類(メール文等)を添付すること。

You have already obtained an informal consent from your prospective supervisor in advance.

※Please submit a document of proof along with this application.

check

特別研究学生は単位の修得はできません

Special Research Student does NOT earn credits



# 履歴書 / RESUME FORM

Date: Year    Month    Day

氏名 Name	姓 / Family Name	名 / First Name	Middle Name (if you have)	写真 Photograph (4cm × 3cm)  6か月以内に撮影されたもの taken within 6 months
	フリガナ			
	自国語 In Your Native Language			
	ローマ字 In English			
国籍 Nationality				
生年月日 Date of Birth		年 year	月 month	日生 day
性別 Gender		男 / Female Male / Female	婚姻区分 Marital Status	既婚 / 未婚 Married / Single
現住所 Present Address		電話番号: Telephone		
		FAX:		
書類送付先住所 Mailing Address		Emailアドレス: Email address		
		電話番号: Telephone		
		FAX:		

## 学歴 / Educational Background

		学校名 Name of the Institution	所在地 Address	在学期間 Period of Study	修学年数 Period of Schooling
初等教育 Elementary Education 小学校 Elementary School				自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	年 月 years and months
中等教育 Secondary Education	中学 Lower			自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	年 月 years and months
	中等及び高校 Secondary School	高校 Upper		自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	年 月 years and months
高等教育 Tertiary Education 大学 Undergraduate Level				自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	年 月 years and months
大学院 Graduate Level				自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	年 月 years and months
以上を通算した全学校教育修学年数 Total years of schooling listed above					年 月 years and months

日本語の学習歴／Educational Background of Japanese Language Study

学習機関名 Name of the Institute	所在地 Address	在学期間 Period of Study	日本語能力試験 Japanese Language Proficiency Test
		自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	受験日 年 月 Date Taken year month
		自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	級合格 Level Passed

語学力／Language Proficiency

英語能力試験 English Proficiency Test	その他 Other
<input type="checkbox"/> TOEFL (IBT/CBT/PBT) 受験日 年 月 <input type="checkbox"/> TOEIC Date Taken year month <input type="checkbox"/> IELTS <input type="checkbox"/> その他Other( ) 得点 <input type="checkbox"/> 受験していないNot taken _____ Score	言語 受験日 年 月 Language Date Taken year month 試験名 得点 / 級合格 Name of Test _____ Score / _____ Level Passed

職歴／Employment Record

勤務先(職名) Name of the Institution	所在地 Address	在職期間 Period of Employment	職務内容 Type of work
		自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	
		自 年 月 From year month 至 年 月 To year month	

記入上の注意  
INSTRUCTIONS

1. 記入は楷書又はローマ字体を用いること  
Application should be written in ROMAN BLOCK CAPITALS.
2. 数値は算用数字を用いること  
Numbers should be in Arabic figures.
3. 年号はすべて西暦とすること  
Year should be written in the Anno Domini system. (i.e., 1986)
4. 固有名詞はすべて正式な名称とし、一切省略しないこと  
Proper nouns should be written in full and not be abbreviated.

健康診断書は**両面印刷**してください。

Certificate of Health form is required **both-side print**.

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書  
(To be completed by an examining physician)

※Note: All items in the form must be completed. Incomplete form will not be accepted.

注意：必ず全ての項目を記入して下さい。未記入がある場合は受け付けられません。

※Please fill out in Japanese or English in block letters.

日本語又は英語により明瞭に記載して下さい。

Male 男  
 Female 女

Name : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
氏名 Family name First name Middle name

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
生年月日 ( dd / mm / yy ) 年齢

1. Are you under medical treatment?

現在治療中の病気

No

Yes (Conditions / particulars : \_\_\_\_\_)

2. Medical history : Please check No / Yes and fill in the date of recovery.

既往歴

	No	Yes	dd/mm/yy		No	Yes	dd/mm/yy
Tuberculosis			/ /	Malaria			/ /
Other communicable disease			/ /	Epilepsy			/ /
Kidney disease			/ /	Heart disease			/ /
Diabetes			/ /	Drug allergy			/ /
Psychosis			/ /	Functional disorder in extremities			/ /

3. Physical examination

身体検査

(1) Height : \_\_\_\_\_ cm Weight : \_\_\_\_\_ kg  
身長 体重

(2) Blood pressure : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ mmHg Pulse :  regular 整  
血圧 脈拍  irregular 不整

(3) Hearing :  normal 正常 Speech :  normal 正常  
聴力  impaired 低下 言語  impaired 異常

(4) Anemia :  No なし  
貧血  Yes あり

(5) Breath sound :  normal 正常  
呼吸音  impaired 異常

(6) Heart sound :  normal 正常  
心音  impaired 異常

Cardiomegaly :  No なし  
心肥大  Yes あり

If 'Yes', electrocardiograph is required  
もし『あり』の場合、心電図検査をすべきである

Electrocardiograph :  normal 正常  
心電図  impaired 異常



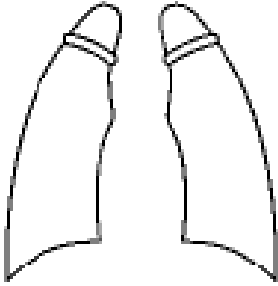
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant's chest.

The examination date and Film No. are exclusively needed.

(X-ray taken more than 2 months prior to this examination are NOT valid)

申請者の胸部について、X線検査の結果を記入してください。

X線検査の日付とフィルムナンバーも記入すること（2ヶ月以上前の検査は無効）



Lungs : normal 正常

肺 impaired 異常

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

Film No. \_\_\_\_\_

Describe the condition of the applicant's lungs.

\_\_\_\_\_

5. Laboratory tests 検査

Urinalysis : glucose ( \_\_\_\_\_ ), protein ( \_\_\_\_\_ ), occult blood ( \_\_\_\_\_ )

検尿

ESR : \_\_\_\_\_ mm/Hr, WBC count : \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

赤沈

Hemoglobin : \_\_\_\_\_ gm/dl GPT(ALT) : \_\_\_\_\_ U/L

6. In view of the applicant's medical history and the above findings, do you think that his/her health status is adequate to meet the demands of 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 又は No にチェックをしてください。

Yes はい No いいえ

7. Particulars or additional comments :

特記すべき事項

Medical institution : \_\_\_\_\_

健康診断実施施設名

Address 所在地 : \_\_\_\_\_

Telephone number 電話番号 : \_\_\_\_\_

Physician's name (Print) 医師氏名 : \_\_\_\_\_

Physician's signature 医師署名 : \_\_\_\_\_

Date 日付 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)