

# Semester Study, Double Semester Study Application Form

希望留学先【 \_\_\_\_\_ 】

学籍番号		学部	学科	4 × 3 cmの 写真
フリガナ		在籍年次	年次	
氏名				
Name				
生年月日	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ	〒			
現住所				
電話番号		携帯電話番号		
E-mail (PC)				
E-mail (携帯)				
パスポート	<input type="checkbox"/> あり (有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> なし			

フリガナ		申込者との続柄	
保護者氏名			
フリガナ	〒		
保護者住所			
電話番号		F A X	

※ご記入いただいた情報は、茨城キリスト教大学交換留学（派遣）のためのみに利用されます。

< 申込理由 どのようなことを学びたいか、レベルアップしたいか等 > ※この欄に書ききれない場合は、別紙を使用して下さい。

<現在の単位取得状況>

○卒業要件既修単位	単位	
○今年度取得予定単位数 (卒業要件関連)	単位	
○今後の実習等の予定		

<語学力>

TOEFL	点 ( 年 月 取得)					
TOEIC	点 ( 年 月 取得)					
英語検定	級 ( 年 月 取得)					
中国語検定	級 ( 年 月 取得)					
ハングル能力検定	級 ( 年 月 取得)					
話せる外国語	語	自己評価 (5段階)	読む	書く	聴く	話す
	語	自己評価 (5段階)	読む	書く	聴く	話す
海外への留学経験	留学先:	( 年 月 ~ 年 月 )				
	留学先:	( 年 月 ~ 年 月 )				

<健康状況>

現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 極めて良好	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
「ある」の場合は 具体的に	食品:		
	医薬品:		
	動物:		
	その他:		
現在服用している薬	<input type="checkbox"/> ある ( )	<input type="checkbox"/> ない	

<保護者の所見>

茨城キリスト教大学の交換留学に応募したいので、保護者連署のうえ申し込みます。

(西暦) 年 月 日

本人 ㊟

保護者 ㊟

茨城キリスト教大学 学長 殿