

交 換 留 学 （ 派 遣 ） 申 込 書

希望留学先：第1希望【 】 第2希望【 】 第3希望【 】

経済的支援制度を希望する方は、チェックを入れてください（1と2の併願可）。

1 在学留学 または 特別在学留学 2 グローバル教育支援金

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）のためだけに利用されます。

< 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（派遣）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 ①

保護者 ②

茨城キリスト教大学 学長 殿