

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 c m の 写 真
フリガナ		在籍年次	年次	
N a m e				
フリガナ	〒			
現 住 所				
電 話 番 号		携 帯 電 話 番 号		
メールアドレス				
留学期間中 有効な パスポート	☐ あり （有効期限 年 月 日） ☐ なし			
学生調書の提出	☐ 4月に提出済 ☐ 未提出		学内健康診断	☐ 受診済 ☐ 未受診

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

※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＞



<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	☐ 極めて良好	☐ 良好	☐ 普通
アレルギーの有無	☐ ある ☐ 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	☐ ある () ☐ 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

印

保護者

印

茨城キリスト教大学 学長 殿