

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または1と3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 3 ☐ 日本学生支援機構

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	
氏 名							
N a m e							
生 年 月 日	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女		
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	☐ 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					携帯電話番号		

※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)									
韓国語能力試験	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