**2025年度　福岡国際医療福祉大学　大学院　　留学生個人票**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式2

※留学生は日本語で記入の上、必ず提出のこと

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課程・専攻分野 | | 修士課程 保健医療学専攻 | 分野 | | | 性 別 |  |
| 受験番号（※大学院使用欄　記入不要） | | | 国 籍 |  |
| 氏 名 | アルファベット  片仮名 | 姓 （FAMILY NAME） | | | 名 （FIRST NAME、MIDDLE NAME） | | |
| ※パスポート上での表記にて大文字で記入 | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
| 漢字 | ※漢字名がある場合のみ記入 | | |  | | |
| 現在の在留資格(国内在住者のみ) ※該当するものを〇で囲む | | | | 留学 ・ 就労 ・ 短期滞在 ・ その他（ ） | | | |

【 保護者 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 住所 | 〒  TEL： |
| 続柄（ ） |

【 日本国内の緊急連絡先 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 住所 | 〒  TEL： |
| 志願者との関係（ ） |
| 勤務先 |  | 勤務先住所 | 〒  TEL： |

【 **学費および生活費負担者 】**※志願者本人が負担する場合は、志願者本人がﾞ署名してください｡

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | フリガナ | 住所 | 〒  TEL： |
| 志願者との関係（ ） |
| 勤務先 |  | 勤務先住所 | 〒  TEL： |
| 上記志願者が貴大学院に入学した際は、学費および生活費等は私が責任を持って負担します。  氏名 | | | |

【 家族状況 】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名（カタカナ） | 続柄 | 年齢 | 職 業 | 備 考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |