

**琉球大学 短期交換留学プログラム同意書**  
**Consent Form for the Short-Term Exchange Program**

私はこの申請書および添付の文書で提供されるすべての情報が私の知っている限りでは完全で正確であると保証します。そして、もし留学が認められるならば、私は琉球大学の規約に従うことに同意します。申請内容に虚偽があった場合は、留学の取り消しをされても、琉球大学に対して異議申し立てをしません。

I certify that all the information provided on this form and in the accompanying documents is complete and accurate to the best of my knowledge, and if admitted, I agree to comply with the rules and regulations of the University of the Ryukyus. When the application forms contain any false, I will raise no objections to the denial of acceptance by the University of the Ryukyus.

自署

Signature

---

氏名

Name

---

日付

Date

---

## 琉球大学 短期交換留学プログラム留学経費支弁書

## Declaration of Financial Support

琉球大学での留学経費の支弁方法を記入し、必要書類を添付してください。毎月の生活費は、月額 8 万円～10 万円程度が目安です。

Please provide details of how you will be financing your period of study at the University and specify the amount of financial support you are expected to receive. All required documents must be supplemented with this form. Estimated living expenses are approximately 80,000 to 100,000 yen per month.

氏名 Name of Applicant	
国籍 Nationality	
在籍大学名 Home Institution	

為替レート（日本円/自国の通貨） Exchange rate (between JPY and your country's currency)	_____ ÷ _____ JPY as of ____ / ____ / ____ ( e.g. 1 TWD ÷ 4.60 JPY ) (yyyy/mm/dd)
--	--

☐ 1. 本人負担 / Self-Paid

支弁額（月額） Amount per month	円 / 月額 JPY / Monthly
-----------------------------	-------------------------

※**本人名義**の銀行口座の預金残高証明書または預金通帳のコピーを添付してください。  
Please attach an Official Bank Statement or a copy of **your** Bankbook.

☐ 2. 経費支弁者（両親、家族、親戚等）

**Financial Supporter (Parents, other family members, relatives, guardians etc.)**

私は、上記の者の日本国滞在について、下記のとおり経費を支弁することを証明します。

I hereby certify that I will provide financial support for the above-named applicant during his/her stay in Japan as detailed below.

経費支弁者氏名 Name of Supporter	署 名 Signature
住所 Address	
電話番号 Phone Number (Home/Mobile)	
申請人との関係 Relationship to the Applicant	
経費支弁の引受け経緯（詳細） Reasons for providing financial support (in detail)	
職業（勤務先の名称） Occupation (Name of Company or Organization)	
勤務先電話番号 Phone Number (Work)	
年間収入（年額） Annual Income	円 / 年額 JPY / Yearly
支弁額（月額） Amount of Support Per Month	円 / 月額 JPY / Monthly
支弁方法（送金・振込等） Method of Payment (e.g.wire remittance)	

※**経費支弁者名義**の収入証明書、銀行口座の預金残高証明書または預金通帳のコピー等を添付してください。

Please attach an Income Certificate, an Official Bank Statement or a copy of the bank book of the above-mentioned person providing financial support.

☐ 3. 奨学金 / Scholarship

※留学出願時点で、支給されることが決定している奨学金のみ記入してください。

Please state all other scholarship(s)/bursaries that you are expected to receive at the point of applying to this program.

奨学金名 Name of scholarship						
支給機関名称 Organization providing scholarship	<input type="checkbox"/>	外国政府 Foreign Government	<input type="checkbox"/>	所属大学 Home Institution		
	<input type="checkbox"/>	日本国政府 Japanese Government	<input type="checkbox"/>	公益社団法人/公益財団法人 Public Interest Incorporated Association/Foundation		
	<input type="checkbox"/>	地方公共団体 Local Government	<input type="checkbox"/>	その他 Others (                      )		
支給額 (月額) Amount of scholarship stipend per month	円 / 月額 JPY / Monthly					
支給期間 Period of scholarship	年 Year	月 Month	～ to	年 Year	月 Month	

※奨学金の受給証明書（または支給期間・支給額・支給期間等が分かる書類）を添付してください。 Please attach a Certificate of Scholarship (or any other document(s) that state(s) the organization name, amount of scholarship and period of support).

※本様式及び添付された書類は、在留資格認定証明申請等の経費支弁証明書類として使用される場合があります。  
This completed form and all attached documents may be used as proof of financial support for the application for a Certificate of Eligibility for visa entry to Japan.

## 琉球大学 短期交換留学プログラム候補者在籍証明書

## Certificate of Enrollment of the Applicant

※この様式は、申請者の在籍大学等の責任者が記入してください。

This form should be completed by an official representative or authorized personnel of the applicant's home institution.

下記の琉球大学短期交換留学プログラム候補者は、ここに記載のとおり、本学に在籍していることを証明します。

This is to certify that the following applicant for the University of the Ryukyus Short-Term International Exchange Program is registered as a full-time student at our institution in the following capacity.

申請者氏名 Name of applicant	
在籍大学等名 Name of institution	
在籍学部/研究科 Faculty / School	
在籍課程 Course	<input type="checkbox"/> 学部 (Undergraduate) <input type="checkbox"/> 短大 (Junior College) <input type="checkbox"/> 修士 (Master's) <input type="checkbox"/> 高専 (College of Technology) <input type="checkbox"/> 博士 (Doctorate)
学年* <sup>1</sup> Grade (Current Year of Study) * <sup>1</sup>	_____ 学年 Grade (Current Year of Study)
入学年月 Date of Enrollment	_____ 年 Year   _____ 月 Month
卒業/修了予定年月* <sup>2</sup> Expected date of completion / graduation* <sup>2</sup>	_____ 年 Year   _____ 月 Month
取得予定学位 Degree to be awarded	<input type="checkbox"/> 学士 (Bachelor's degree) <input type="checkbox"/> 準学士 (Associate degree) <input type="checkbox"/> 修士 (Master's degree) <input type="checkbox"/> 博士 (Doctor's degree)
専攻 Major	

提出年月日                      年      月      日

Date (yyyy/mm/dd)                      /                      /

氏名

Name

職名

Title

署名

Signature

\*<sup>1</sup> 申請時の学年を記入してください。

Fill in the school year at the time of application.

\*<sup>2</sup> 日本に短期留学した場合の卒業/修了年月を記入してください。

Expected date of completion/graduation should include the period of study in Japan.

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

日本語又は英語により明瞭に記載すること。Please fill out in Japanese or English.

氏名  
Name: \_\_\_\_\_  
Family name, First name Middle name

1. 身体検査 Physical Examination

(1) 身長 Height: \_\_\_\_\_ cm 体重 Weight: \_\_\_\_\_ kg ☐男 Male 年齢 \_\_\_\_\_  
☐女 Female Age: \_\_\_\_\_

(2) 血圧 Blood pressure: \_\_\_\_\_ mm/Hg \_\_\_\_\_ mm/Hg

(3) 視力 Eyesight: (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses Date of Birth: \_\_\_\_\_

(4) 聴力 Hearing: ☐正常 normal ☐低下 impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること（6ヶ月以上前の検査は無効。）。

Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest x-rays (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are NOT valid).

肺 ☐正常 normal 心臓 ☐正常 normal 心電図 ☐正常 normal  
Lungs ☐異常 impaired Cardiomegaly ☐異常 impaired → Electrocardiograph ☐異常 impaired



← Date \_\_\_\_\_ Film No. \_\_\_\_\_

申請者の胸部について、状態を記入してください。Describe the condition of applicant's lungs.

3. 現在治療中の病気 Under medical treatment at present:

☐Yes → 状態 Conditions/詳細 particulars: \_\_\_\_\_  
☐No

4. 既往症 Past history : Please indicate with + or – and fill in the date of recovery

結核（症）Tuberculosis	<input type="checkbox"/> （                      ）	マラリア Malaria	<input type="checkbox"/> （                      ）
伝染病・感染症 Other communicable disease	<input type="checkbox"/> （                      ）	てんかん Epilepsy	<input type="checkbox"/> （                      ）
腎臓病・腎疾患 Kidney disease	<input type="checkbox"/> （                      ）	心臓病・心臓疾患 Heart disease	<input type="checkbox"/> （                      ）
糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> （                      ）	薬剤アレルギー Drug allergy	<input type="checkbox"/> （                      ）
四肢機能障害 Functional disorder in extremities	<input type="checkbox"/> （                      ）	統合失調症 Schizophrenia	<input type="checkbox"/> （                      ）
学習障害 Learning disability	<input type="checkbox"/> （                      ）	うつ病 Depression	<input type="checkbox"/> （                      ）
パニック障害 Panic disorder	<input type="checkbox"/> （                      ）		（                      ）

5. 予防接種 Vaccination

麻疹 Measles ☐ 風疹 Rubella ☐ 水疱瘡 Chickenpox ☐

6. 検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis: 糖 glucose (        ), 蛋白質 protein (        ), 潜血 occult blood (        )

7. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか？

Yes 又は No にチェックをしてください。  
In view of the applicant's history and the above findings, Yes ☐ No ☐  
is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

8. 特記すべき事項 Particulars or additional comments: \_\_\_\_\_

日付	医師の署名
Date: _____	Physician's Signature: _____
医師氏名	
Physician's Name (in block letters): _____	
検査施設名	
Office/Institution: _____	
所在	
Address: _____	