

APPLICATION FORM

記入については黒のペンで丁寧にローマ字のブロック体で全項目ご記入下さい。住所は丁目、番地から英語式にご記入下さい。

UNIVERSITY (大学名)	Rakuno Gakuen University				No.
NAME (名前)	FAMILY NAME(姓)		GIVEN NAME(名)		漢 字
ADDRESS (現住所)	(日本語) 〒 _____				写真添付 40mm×30mm
	(英語) _____ Phone Number (電話番号) _____				
DATE OF BIRTH (生年月日)	DAY / MONTH / YEAR (日 / 月 / 年)	AGE (年齢)	BLOOD TYPE (血液型)	GENDER (性別)	NATIONALITY (国籍)
	/ /			<input type="checkbox"/> Male(男) <input type="checkbox"/> Female(女)	
COLLEGE OR SCHOOL (学群・研究科)					
DEPARTMENT / COURSE (学類・専攻)				GRADE (学年)	
FAMILY MEMBERS (家族構成)	Relation(続柄)	Given Name(名前)	Age(年齢)	Occupation(職業)	
ENGLISH SPEAKING ABILITY (英会話能力)	<input type="checkbox"/> Beginner: 自分の名前、年齢など簡単な挨拶程度はできる <input type="checkbox"/> Elementary: 日常生活をする上で最低限必要なやりとりができる <input type="checkbox"/> Lower Intermediate: ある程度自信を持って人とコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> Intermediate: 現在, 過去, 未来の出来事についてほぼ正確に説明できる				
HEALTH (健康)	Are you required special medical treatment or medication? あなたは持病のために定期的に通院、および常用している薬がありますか? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES If yes, What sickness(病名) _____ condition(程度) _____ What medication(薬の名前) _____ *常用している薬がある方は英文薬剤証明書を提出していただきます				
ALLERGIES (アレルギーについて)	<input type="checkbox"/> NO アレルギーはない <input type="checkbox"/> YES アレルギーがある What kind of allergy? どんなアレルギーですか <input type="checkbox"/> Skin Rashes アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> Hives じんましん <input type="checkbox"/> Sinus Problems 鼻炎 <input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく <input type="checkbox"/> Hay fever 花粉症 <input type="checkbox"/> Food 食品 _____ <input type="checkbox"/> others その他()				
SPORTS / HOBBIES (趣味・特技など) □欄にチェックして下さい。	Fishing <input type="checkbox"/> 釣り	Outdoor activities <input type="checkbox"/> アウトドア	Baseball <input type="checkbox"/> 野球	Tennis <input type="checkbox"/> テニス	
	Rugby <input type="checkbox"/> ラグビー	Soccer <input type="checkbox"/> サッカー	Judo-Karate <input type="checkbox"/> 柔道 <input type="checkbox"/> 空手	Swimming <input type="checkbox"/> 水泳	
	Ski-Snow board <input type="checkbox"/> スキー <input type="checkbox"/> スノーボード	Dance <input type="checkbox"/> 舞踊、ダンス	Listening to music <input type="checkbox"/> 音楽鑑賞	Flower Arrangement <input type="checkbox"/> 生け花	
	Reading <input type="checkbox"/> 読書	Traveling <input type="checkbox"/> 旅行	Cooking <input type="checkbox"/> 料理	Watching Movies <input type="checkbox"/> 映画鑑賞	
	Others: その他(具体的に英語で記入して下さい。)				

APPLICATION FORM (記入例)

記入については黒のペンで丁寧にローマ字のブロック体で全項目ご記入下さい。住所は丁目、番地から英語式にご記入下さい。

UNIVERSITY (大学名)	Rakuno Gakuen University				No.
NAME (名前)	FAMILY NAME(姓)	GIVEN NAME(名)	漢 字		
	Rakuno	Taro	酪農 太郎		
ADDRESS (現住所)	(日本語) 〒069-8501 北海道江別市文京台緑町5 8 2 番地				
	(英語) 582 Bunkyo-dai- Midorimachi, Ebetsu, Hokkaido, 069-8501, JAPAN				
DATE OF BIRTH (生年月日)	DAY / MONTH / YEAR (日 / 月 / 年)	AGE (年齢)	BLOOD TYPE (血液型)	GENDER (性別)	NATIONALITY (国籍)
	02 / 06 / 2000	20	AB	<input checked="" type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> Female (女)	JAPANESE
COLLEGE OR SCHOOL (学群・研究科)	College of Agriculture, Food and Environmental Sciences				
DEPARTMENT / COURSE (学類・専攻)	Department of Sustainable Agriculture			GRADE (学年)	2
FAMILY MEMBERS (家族構成)	Relation(続柄)	Given Name(名前)	Age(年齢)	Occupation(職業)	
	Father	Ichiro	45	Office Worker	
	Mother	Hanako	43	House wife	
	Brother	Jiro	17	High School Student	
	Sister	Aya	13	Junior High School Student	
ENGLISH SPEAKING ABILITY (英会話能力)	<input type="checkbox"/> Beginner: 自分の名前、年齢など簡単な挨拶程度はできる <input checked="" type="checkbox"/> Elementary: 日常生活をする上で最低限必要なやりとりができる <input type="checkbox"/> Lower Intermediate: ある程度自信を持って人とコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> Intermediate: 現在、過去、未来の出来事についてほぼ正確に説明できる				
HEALTH (健康)	Are you required special medical treatment or medication? あなたは持病のために定期的に通院、および常用している薬がありますか? <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES If yes, What sickness(病名) _____ condition(程度) _____ What medication(薬の名前) _____ *常用している薬がある方は英文の処方箋を提出していただきます				
ALLERGIES (アレルギーについて)	<input type="checkbox"/> NO アレルギーはない <input checked="" type="checkbox"/> YES アレルギーがある What kind of allergy? どんなアレルギーですか <input type="checkbox"/> Skin Rashes アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> Hives じんましん <input type="checkbox"/> Sinus Problems 鼻炎 <input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく <input checked="" type="checkbox"/> Hay fever 花粉症 <input type="checkbox"/> Food 食品 _____ <input checked="" type="checkbox"/> others その他(CEDAR)				
SPORTS / HOBBIES (趣味・特技など) □欄にチェックして下さい。	Fishing <input type="checkbox"/> 釣り	Outdoor activities <input type="checkbox"/> アウトドア	Baseball <input type="checkbox"/> 野球	Tennis <input type="checkbox"/> テニス	
	Rugby <input type="checkbox"/> ラグビー	Soccer <input type="checkbox"/> サッカー	Judo-Karate <input type="checkbox"/> 柔道 <input type="checkbox"/> 空手	Swimming <input type="checkbox"/> 水泳	
	Ski-Snow board <input type="checkbox"/> スキー <input type="checkbox"/> ノーボード	Dance <input type="checkbox"/> 舞踊、ダンス	Listening to music <input checked="" type="checkbox"/> 音楽鑑賞	Flower Arrangement <input type="checkbox"/> 生け花	
	Reading <input type="checkbox"/> 読書	Traveling <input type="checkbox"/> 旅行	Cooking <input type="checkbox"/> 料理	Watching Movies <input checked="" type="checkbox"/> 映画鑑賞	
	Others: その他(具体的に英語で記入して下さい。) Horse riding (乗馬)				