

**2019 Application for Admission to Special Course,
Budo Specialization Program of International Budo University**

2019年度 国際武道大学別科武道専修課程入学願書

※ To be completed in Japanese or in English.
日本語または英語で記載すること。

Name in full 氏名 ※ As described in passport パスポート通り	Family name	Given name			
in Kanji 漢字					
in Japanese Katakana フリガナ (カタカナ)					
Nationality / Region 国籍 ・ 地域		Sex 性別	Male / Female 男 / 女		
Date of birth 生年月日	year 年	month 月	day 日	Age 年齢	
Place of birth (Country・City) 出生地 (国・都市名)			婚姻の	Married / Single 有 / 無	



Present address 現住所	〒		Phone	
	e-mail		Mobile	

Address in home country 本国における連絡先	〒		Phone	
	e-mail		Mobile	

※ If you are presently residing in Japan, complete the following

Visa status 在留資格		Expiration date 有効期限	year 年	month 月	day 日
---------------------	--	-------------------------	-----------	------------	----------

Major upon entrance to this course 専攻種目	<input type="checkbox"/> Judo 柔道	<input type="checkbox"/> Kendo 剣道	<input type="checkbox"/> Kyudo 弓道	<input type="checkbox"/> Karatedo 空手道
	<input type="checkbox"/> Naginata なぎなた	<input type="checkbox"/> Shorinji Kempo 少林寺拳法	<input type="checkbox"/> Aikido 合気道	

Years of experience 経験年数 : _____ Year 年 Dan 段 : _____ Kyu 級 : _____

Affiliation 所属団体 : _____

Location 所在地 : _____

Name of Instructor 指導者 : _____

Tournament Results 競技歴		Yes 有 / No 無
Year 年	Tournament name 競技会名	Result 結果

Purpose : Following please find my explanation regarding my motivation to study in the Budo Specialization Program.

志望動機 Program.
貴課程の志望動機について、下記のとおり申し上げます。
[Large empty area with horizontal dashed lines for writing]

Please indicate the method by which the applicant will pay for their various expenses.
在学中の学費・生活費等 支弁方法
 (1) Applicant will pay all expenses by himself or herself.
志願者本人が支弁する。
 (2) For payment, applicant will receive money from a person in parental authority who resides in his/her home country.
志願者本人の親権者等が外国送金で支弁する。
 (3) For payment, applicant will receive money from a person who resides within Japan.
日本国在住者が支弁する。

Plan after completing the course
別科武道専修課程修了後の希望進路
 (1) To: Undergraduate / Graduate course of I.B.U.
国際武道大学 学部 / 大学院 進学
 (2) To: Some other university in Japan
他大学 進学
 (3) Return to home country
帰国
 (4) Other
その他 ()

Additional notes その他、特記事項 :

I declare the above to be true and correct.
上記のとおり相違ありません。

Name
氏名 _____

Date year month day Signature
日付 年 月 日 署名 _____

*All personal information in this form is to be used within the range of the purpose.
尚、お預りした個人情報を利用目的範囲内でのみ利用致します。

Personal History

履 歴 書

※To be completed in Japanese or in English.
日本語または英語で記載すること。

Name in full 氏名 ※ As described in passport パスポート通り	Family name	Given name		
in Kanji 漢字				
in Japanese Katakana フリガナ (カタカナ)				
Nationality / Region 国籍 ・ 地域		Sex 性別	Male / Female 男 / 女	
Date of birth 生年月日	year 年	month 月	day 日	Age 年齢
Place of birth (Country・City) 出生地 (国・都市名)			婚姻の 有	Married / Single 無
Occupation 職業				



Educational Background 学歴				
Name of school (national, public, private, others) 学校名	Period 在学期間			Period 修業年限
	Date of Entrance 入学	Date of Completion 卒業		
Primary School 小学校	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
Jr. High School 中学校	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
High School 高等学校	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
Professional School 専門学校	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
Jr. College 短期大学	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
College or University 大学	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
Graduate School 大学院	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
Other Schools その他の学校	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	years 年間
Total period 修業年限 総計				years 年間
Do you have the qualification for admission to university in your home country? 本国における大学入学資格の有無	Yes / No, or expected to be qualified on year / month / day 有 無 年 月 日 取得予定			

※Submission of documents that certify qualification for admission to university might be demanded due to the different educational system among countries.
各国の教育制度の違いにより、大学入学資格を証明する書類を提出してもらう場合があります。

Business Experience of the Applicant 職歴(本人)					
Name of Employer 勤務先名称	Period 在職期間				Type of Occupation 業務内容
	From 自		To 至		
	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	
	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	

Experience of studying Japanese 日本語学習歴	Name of institution 日本語学校名	Period of study 学習期間		
		From 自		To 至
		year month day 年 月 日	year month day 年 月 日	year month day 年 月 日
Japanese language proficiency 日本語能力	Japanese language proficiency test (passed Level) 日本語能力試験 (級合格)	Examination Date 受験年月日		year month day 年 月 日
	Examination for Japanese University (EJU) (except writing) 【 points】 日本留学試験 (解読・聴解・聴読解の合計点) 【 点】	Examination Date 受験年月日		year month day 年 月 日

Family 家族構成	Name in full 氏名	Relationship 続柄	Age 年齢	Occupation 職業	Address 住所

Be sure to fill in the items ① to ④. Make a circle either yes or no, and in case of yes, be sure to give the reasons and details.
以下の①～④の質問に必ず回答すること。有りが無しのいずれかに○印をつけ、有りの場合はその理由と詳細を必ず記載をすること。

① Past entry into / stay in Japan 過去の出入国歴 Yes / No 有 / 無	Yes → How often?: times 有 回数： 回 The latest entry: year month day 直近の出入国歴： 年 月 日 ~ year month day 年 月 日
② Application history of Certificate of Eligibility 過去の在留資格認定証明書交付申請歴 Yes / No 有 / 無	Yes → 1. Give the reason for applying for Certificate of Eligibility. 有 → 1. 在留資格認定証明書交付申請理由を記載する。 () 2. If certificate has not been issued, give the reason. 2. 在留資格認定証明書が不交付との通知を受けた事がある場合、理由を記載する。 ()
③ Criminal record (in Japan or overseas) 犯罪を理由とする処分を受けたことの有無 (国内外におけるものを含む) Yes / No 有 / 無	Yes → Fill the details. 有 → 具体的理由を記載する。 ()
④ Departure by deportation/dearture order 退去強制又は出国命令による出国の有無 Yes / No 有 / 無	Yes → How often?: times 有 回数： 回 The latest departure by deportation: year month day 直近の送還歴： 年 月 日

I declare the above to be true and correct.
上記のとおり相違ありません。

Name
氏名 _____

Date year month day Signature
日付 年 月 日 署名 _____

※ All personal information in this form is to be used within the range of the purpose.
尚、お預りした個人情報を利用目的範囲内でのみ利用致します。

Letter of Recommendation

推 薦 書

year month day
年 月 日

To : President of International Budo University

国際武道大学長 殿

Recommender

推薦者

Name

氏名

(Signature)

(署名)

印

Title of position

役職

Name of school or institution

学校名、連盟

Address

所在地

Reason for recommendation

推薦理由

Recommendee (applicant)

志願者

Name

氏名

Nationality

国籍

Date of birth

生年月日

year

年

month

月

day

日

Age

年齢

Address

現住所

※To be completed in Japanese or in English.

日本語または英語で記載すること。

※To be completed by the recommending person.

推薦者が自筆で記載すること。

※All personal information in this form is to be used within the range of the purpose.

尚、お預りした個人情報は利用目的範囲内でのみ利用致します。

Letter of Guarantee

保証書

To : President of International Budo University
国際武道大学長 殿

Name of the applicant 志願者氏名				
Date of birth 生年月日	year 年	month 月	day 日	Age 年齢
Nationality 国籍				

I guarantee that I shall be responsible as a guarantor for the behavior of the above named while he or she is a student at your university.

上記の者が貴大学在学中、その身元、及び行動一切について私が責任をもち、貴大学に御迷惑をかけないことを保証いたします。

Name of guarantor 保証人氏名 (フリガナ)				(Signature) (署名)		
Date of birth 生年月日	year 年	month 月	day 日	Age 年齢	Nationality 国籍	
Present address 現住所					Phone	
					Mobile	
	e-mail				Fax	
Occupation 職業				Company 勤務先		
Office address 勤務先住所					Phone	
					Mobile	
	e-mail				Fax	
Relationship to the applicant 志願者との関係						
Date of guarantee 保証年月日	year 年	month 月	day 日			

※ To be completed in Japanese or in English.

日本語または英語で記載すること。

※ In principle the guarantor must be a person in parental authority.

保証人は、原則として志願者の親権者またはこれに準ずる者でなければならない。

Promissory Note of Financial Responsibility

経費支弁責任保証書

To: President of International Budo University
国際武道大学長 殿

With regards to: Nationality
国籍 _____

Name
氏名 _____

I hereby pledge my solemn oath and undertake the responsibility of payment for the above named person who is now: (A) Desiring to enter Japan; (B) Presently residing in Japan
上記の者に関する保証と経費支弁債務を本文書にて誓約します。

1. I offer my explanation of the reason for which I undertake this financial responsibility. (Specific mention of the relationship between the person of financial responsibility and the above-mentioned person is required.)

経費支弁債務の引受経緯

2. Specific method and form of promise of financial responsibility: Concerning the matter of the above named person's stay in Japan, I _____ accept responsibility for payment of all expenses. Further, I attach a documentation of the passbook account in my name which details the available amount for the purpose of financial support. This document is included expressly for the purpose of paying school fees and living expenses for the said person.

支弁方法と支弁誓約

Details:
記

(1) School fees:
学費

JP¥ _____

(2) Living expenses, monthly amount:
生活費 月 額

JP¥ _____

(3) Payment method:
支弁方法

Financial Guarantor :
経費支弁者 _____

Date : year month day
日付 年 月 日

Address :
住所 _____

Phone :
電話 _____

Signature :
署名 _____

Seal (as avail.) :
捺印 _____

Mobile Phone :
携帯電話 _____

Annual income :
年収 JP¥ _____

Relationship :
続柄 _____

※ To be completed in Japanese or in English. 日本語または英語で記載すること。

※ All personal information in this form is to be used within the range of the purpose.

尚、お預りした個人情報 は利用目的範囲内でのみ利用致します。

Certificate of Health

(To be filled out by physician)

(医師が記入のこと)

健康診断書

Name 氏名 _____ Nationality 国籍 _____

Date of birth 生年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日 _____ Age 年齢 _____ Sex : Male / Female 性別 男 / 女

Address 住所 _____

1. Height (身長) _____ cm, Weight (体重) _____ kg, Blood pressure
 Eyesight (視力) Without glasses (裸眼) / With glasses (矯正) Systolic blood pressure _____ mmHg
 Left (左) _____ / _____ Diastolic blood pressure _____ mmHg
 Right (右) _____ / _____

2. History of past illness: (if any, indicate the age contracted.) 既往症について、ある場合はチェックし、その発病時の年齢を記入して下さい。 **Nothing particular 特になし**.....
 Tuberculosis 結核 Age(歳) Malaria マラリア Age(歳) Rheumatic Fever リウマチ熱 Age(歳)
 Epilepsy てんかん Age(歳) Kidney diseases 腎疾患 Age(歳) Cardiac diseases 心臓疾患 Age(歳)
 Diabetes 糖尿病 Age(歳) Other communicable diseases その他の伝染病疾患 Age(歳) ()

3. History of Infection: (If any, indicate the age infected. If none, be sure to make out following items.) 有無をチェックし、無の場合は以下の項目を必ずチェックすること。
 • Measles 麻疹 Yes 有 _____ Age(歳) / No 無 In case No 無の場合 a. with measles antibody b. without measles antibody
 ※ In case of b, submit the certificate of immunization. 予防接種証明書
 • Rubella 風疹 Yes 有 _____ Age(歳) / No 無 In case No 無の場合 immunized _____ Age(歳) 予防接種を受けた unimmunized 受けない
 • Mumps 耳下腺炎 Yes 有 _____ Age(歳) / No 無 In case No 無の場合 immunized _____ Age(歳) 予防接種を受けた unimmunized 受けない

4. Present illness: (if any, indicate it.) 現在、病気があればチェックして下さい。 **Nothing particular 特になし**.....
 Tonsils, Nose or Throat 扁桃腺、鼻又は咽喉..... Heart or Blood Vessels 心臓又は血管.....
 Stomach or Digestive System 胃又は消化器官..... Genito-Urinary System 泌尿生殖器.....
 Brain or Nervous System 脳又は神経組織..... Blood or Endocrine System 血液又は内分泌器官.....
 Lungs or Respiratory System 肺又は呼吸器官..... Bones, Joints or Locomotor System 骨、関節又は運動器官.....
 Other Abdominal Organs その他の内臓器官..... Skin 皮膚.....

5. Present symptoms: (if any, indicate it.) 現在、以下の症状があればチェックして下さい。
 • Allergic disease アレルギー症状 Yes 有..... No 無.....
 In case Yes, indicate the name of allergy. (ex. Hay fever, Shrimp allergy) 有の場合、アレルギー名を記入してください。(例:花粉症、えびアレルギー)
 • Mental disorder 精神疾患 Yes 有..... No 無.....
 In case Yes, indicate the name of symptom. (ex. Panic disorder) 有の場合、その症状を記入してください。(例:パニック障害)

6. Chest X-ray examination (obligatory) エックス線検査 Normal 健康..... To be re-checked 要観察..... Requiring medical treatment 要医療.....
 (Describe the findings of the Chest X-rays) 所見 _____
 Date of examination (It must be taken within 6 months.) 撮影年月日 (半年以内撮影のもの) _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

7. I diagnose that the applicant's health and physical conditions are ; 診断の結果、本人の健康状態は次の通りである。 Excellent 優..... Good 良..... Fair 可..... Poor 不可.....

8. I certify that the applicant's condition is good enough for him/her to study in an academic and rigorous physical education program in Japan. 本人の健康状態は日本留学において、研究及び激しい運動に支障がないかどうか。 Yes 可..... No 不可.....

9. Any other remarks: その他特記事項

I hereby certify the above diagnosis. 診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。
 Physician's signature: 署名
 Physician's name: 氏名
 Name of medical institution: 医療機関名
 Address: 住所
 Date: 診断年月日 _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日

※ To be completed in Japanese or in English. 日本語または英語で記載すること。
 ※ All personal information in this form is to be used within the range of the purpose. 尚、お預りした個人情報を利用目的範囲内でのみ利用致します。