特別聴講学生申請書（学部　もしくは　大学院に在学中の方）

APPLICATION FORM FOR SPECIAL AUDITOR

(For undergraduate and graduate students)

氏 　名（英語と漢字）：

Name in English Family Name(s) Given Name(s)

カ　タ　カ　ナ :

Name in Katakana Family Name(s) Given Name(s)

生年月日: 年 月 日 性別： 国籍： 配偶者の有無：　有　・　無

Date of Birth Year Month Day Sex Nationality Marital Status Married / Single

現住所：

Present Address

E-mail: 電話　Phone：

大学・大学院名：　　　　　　　　　　　　 　　　　　　学部・研究科：

Name of Institution Attending 　Faculty / Graduate School

学科・専攻　Major：　　　　　　　　　　　 　　 学年 Current Grade (School Year)

在籍期間： 　 　　　　　　 年　　　月から　 　　　　　　　 年　　　月まで　（予定）

Dates Attended: From 　 Year 　 Month 　　to 　　Year 　 Month 　(expected)

緊急連絡先 　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　 　　　　 　本人との関係

Emergency Contact Name 　　　Relationship to the applicant

住所　Address:

E-mail:

電話番号　Phone:

希望勉学期間： 下記から１つを選んでください。交換留学終了後、在籍大学で勉学を続けることに支障のない期間を選んでください。

Desired Period of Study: Please check one box below. The applicant will be required to finish his/her study at the home institution after the completion of the exchange program.

|  |  |
| --- | --- |
| **2024年4月から / From April 2024 :** | **2024年10月から / From October 2024 :** |
| □ | 2024年度前学期のみ（2024年4月～2024年9月） | □ | 2024年度後学期のみ（2024年10月～2025年3月） |
| Spring Semester only (April 2024 to September 2024) | Fall Semester only (October 2024 to March 2025) |
| □ | 2024年度前学期と後学期（2024年4月～2025年3月） | □ | 2024年度後学期と2025年度前学期（2024年10月～2025年9月） |
| Spring and Fall Semesters (April 2024 to March 2025) | Fall and Spring Semesters (October 2024 to September 2025) |

今般、岐阜大学特別聴講学生として勉学したいと思いますので、ご許可くださいますようお願いします。

I intend to study at Gifu University as a Special Auditor.

署名

 Signature

日付　 　　　 　年 　　 　月　　　 　日

 Date Year 　　Month 　Day

**学歴 Educational Background**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学校名および場所Names and Addresses of Schools Attended & Attending | 年数Years of Schooling | 入学・卒業年Year of Entrance and Completion | 証明書・学位Diploma/DegreeAwarded |
| 初等教育Elementary Education | 学校名Name:場所Location: |  年　years  | From (年year) (月month)To (year) (month) |  |
| 第１次中等教育Lower Secondary Education | Name:Location: |  years  | From (year) (month)To (year) (month) |   |
| 第2次中等教育Upper Secondary Education | Name:Location: |  years  | From (year) (month)To (year) (month) |  |
| 高等教育Higher Education | Name:Location: |  years  | From (year) (month)To (year) (month) |  |
| 大学院Graduate Education | Name:Location: |  years  | From (year) (month)To (year) (month) |  |

**職歴　Employment Record**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社名・場所　Name and Address of Organization | 雇用期間　Period of Employment | 役職　Position |
| 会社名 Name: 　場所 Location: | From To |  |
| 会社名 Name: 　 場所 Location: | From To |  |

**日本語の学習歴　Japanese Study Experience**

i) 学校名・住所　Name and Address of Institution:

ii) 勉学期間　Period of Study: from 　 to

 　　 　Year 　 Month Year 　 Month

**以下は学部学生のみご記入ください。Only undergraduate students need to fill in below.**

これまでの勉学/研究 What you have studied/researched already ※Please attach additional pages if necessary.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**指導教員の推薦文 Letter of Recommendation** – **To be completed by the applicant’s academic adviser**

※必要に応じて行やページを増やして記載してください。　Please attach additional lines and/or pages if necessary.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

上記推薦文に間違いのないことを証明します。I, the undersigned, certify that the above Letter of Recommendation is true and accurate.

氏名　Name: 役職　Position:

署名　Signature: 日付　Date: / /

 　　　　　　　Year Month Day