

酪農学園大学外国人招聘研究者申請書

Rakuno Gakuen University Guest Researcher Program Application Form

Please fill out in Japanese or English Block Letters

氏名 Name			
Family Name	First Name	Middle Name	
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	年齢 Age	5 c m x 4 c m
生年月日 Date of birth	19 / /	Years Old	
	Yr. Mo. Day	出生地 Place of birth	
既婚・未婚 Marital status		国籍 Nationality	
自宅住所 Home Address			
Tel.	Fax.	Email	
所属先機関 Name of Institution			
勤務先住所 Institutional address			
Tel.	Fax.	Email	
役職(職位) Position or Title			
専攻 Major field of study		学位 Highest degree received	
主な業績 Major works or publication (if any)			

研究題目 Title of Proposed Research

共同研究者/協力者 Have you contacted anyone at Rakuno Gakuen Univ. regarding assistance in your proposed research?

受入研究室(教室) Desired field of study within Rakuno Gakuen Univ.

研究計画 Brief Summary of Research Plan & Schedule (Use additional sheets as necessary)

日付
Date

署名
Signature

氏名
Name:

※ 日本語能力を自己判断してください。

How would you judge your ability with the Japanese language?

Speaking 話す力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無
Listening 聴く力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無
Reading 読む力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無
Writing 書く力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無

※ 英語能力を自己判断してください。

How would you judge your ability with the English language?

Speaking 話す力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無
Listening 聴く力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無
Reading 読む力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無
Writing 書く力	<input type="checkbox"/> Excellent 優	<input type="checkbox"/> Good 良	<input type="checkbox"/> Fair 普通	<input type="checkbox"/> Poor 初歩	<input type="checkbox"/> None 無

健康診断証明書 CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Full Name		生年月日 Date of Birth	
現住所 Present Address		電話 Telephone	
診 断 事 項 Medical Items			
身長 Height	体重 Weight	胸囲 Chest Measurement	cm
陽性 Positive	疑陽性 Doubtful	陰性 Negative	
ツブクリン反応陽性 Latest Tuberculin Reaction	年 月 日 Date of Examination	視力 Eye sight	左 () Right ()
エックス線像 X-Rays		色 神 Color Sence	正常 Normal ()
(No of Photograph)		不完全色盲 Incomplete Color Blindness ()	
身体障害 Physical Impediment			
区分 Items		異常の有無 Indicate with (O) for "Yes" And (X) for "No"	
運動 Physical			(Yes) (No)
視覚 Sight			(Yes) (No)
聴覚 Hearing			(Yes) (No)
言語 Speaking			(Yes) (No)
その他 Others			(Yes) (No)
所見 Finding	具体的内容 Remarks		
精神障害 Mental Disorder			
入学後にも健康管理上注意するものを記載。 Health checks to be made after admission			
血液型 (A・B・AB・O) Blood type (A・B・AB・O)			
私が診断いたしました結果、健康状態は であります。 In my opinion the general state of the applicant's health is			
優 Excellent	良 Good	可 Fair	不可 Poor
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 診断日 I hereby certify the above statement to be true. Date of Examination			
検査施設名及び氏名 Institution and Address			
医師氏名署名 Full Name and Signature of doctor			
			印 Seal