2024年度東京農工大学大学院連合農学研究科留学生特別プログラム入学申込書

―人材循環システムを核としたキャンパスASEANによる

Paste a passport

photograph taken

within the past 6

months. Write your

name and nationality

in block letters on

the back of the photo.

( 4.5 cm×3.5 cm photo ）

(写真( 4.5 cm ×3.5 cm ))

高度農学リーダーの育成―

（日本政府（文部科学省）奨学金留学生用）

2024 ACADEMIC YEAR APPLICATION FORM

(APPLICATION FOR JAPANESE GOVERNMENT (MONBUKAGAKUSHO) SCHOLARSHIP)

UNITED GRADUATE SCHOOL OF AGRICULTURAL SCIENCE  
TOKYO UNIVERSITY OF AGRICULTURE AND TECHNOLOGY

THREE YEAR SPECIAL PROGRAM FOR INTERNATIONAL STUDENTS

―Fostering leadership of advanced agricultural science through Campus

ASEAN centered on academic human resources circulation system―

INSTRUCTION（記入上の注意）

1．Application should be typewritten or written in English, using Roman block capitals.（記入は楷書又はローマ字体を用いること）

2．Numbers should be in Arabic figures.（数字は算用数字を用いること）

3．Year should written in the Anno Domini system.（年号はすべて西暦とすること）

4．Proper nouns should be written in full, and not be abbreviated.（固有名詞はすべて正式な名称とし，一切省略しないこと）

1．Name in full ; in native language ， ， (Sex)

〔姓名（自国語）〕 （Family name） （First name） （Middle name） □ Male（男）

□ Female（女）

In Roman block capitals ， ， (Marital Status)

（ローマ字） （Family name） （First name） （Middle name） □ Single（未婚）

□ Married（既婚）

2．Nationality

（国籍）

3．Date of birth（生年月日）

Age Year 19 Month Day

(年齢) (年) (月) (日)

4．Present status ; with the name of the university attended, or of the employer.

〔現職（在学大学名又は勤務先名まで記入すること）〕

5．Present address, telephone number and facsimile (FAX) number. Telephone number

（現住所，電話およびファクシミリナンバー） FAX number

E-mail

Office

Home

6．Name of the expected main supervisor

（主指導予定教員）

研 究 業 績

Research Achievement

Full name

，

　　（姓名）　　 　　　　　　(Family name) 　　　　　　　　 (First name) 　　　　　　　　　 (Middle name)

Nationality

　　（国　籍）

Statement must be typewritten or written in block letters. Additional sheets of paper may be attached if necessary.)

（記入はタイプ又は楷書によるものとし，必要な場合は別紙を追加してもよい。）

1. Journals and Publications（学術雑誌等に発表した論文、著書）
2. International Conference Proceedings（国際会議における発表）
3. Domestic Conference & Symposium Proceedings（国内学会・シンポジウム等における発表）
4. Awards（受賞歴等）
5. Others, e.g. graduation thesis title, etc.（その他の研究活動上の成果、卒業論文の題目等）

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

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

氏名 　　　 　 □男　male　　　生年月日

Name: 　 　 , □女 Female Date of Birth:

Family name, First name Middle name

１．身体検査 Physical Examination

(1) 身長 Height: cm 体重 Weight: kg

(2) 血圧 Blood pressure: ～ mm/Hg 脈拍 Pulse: □整 Regular □不整 Irregular

血液型 Blood Type: □A □B □O □AB Rh: □+ □-

(3) 視力 Eyesight:

裸眼 Without glasses (R) (L) 矯正 With glasses or contact lenses (R) (L)

色覚異常の有無 Color blindness: □正常 Normal □異常 Impaired

(4) 聴力 Hearing: □正常 Normal □低下 Impaired 言語 Speech: □正常 Normal □異常 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 examination of the applicant.

(X-rays taken more than six months prior to the certification are NOT valid.)



肺 Lungs: □正常 Normal □異常 Impaired 心臓肥大 Cardiomegaly: □正常 Normal □異常 Impaired

← Date: 異常がある場合 If impaired

Film No. 心電図 Electrocardiograph: □正常 Normal □異常 Impaired

Describe the condition of applicant's lungs:

３．現在治療中の病気 Disease currently being treated: □No □Yes (Disease )

４．既往症 Past history　（いずれも該当しない場合は、”なし” にチェックすること。）

Please indicate applicant's past history with No or Yes and fill in the date of recovery.

(If the applicant has not contracted any of the disease, please check “None”.)

Tuberculosis □No □Yes( . . ), Malaria □No □Yes( . . ), Other communicable disease □No □Yes( . . )

Epilepsy □No □Yes( . . ), Kidney disease □No □Yes( . . ), Heart disease □No □Yes( . . )

Diabetes □No □Yes( . . ), Drug allergy □No □Yes( . . ), Psychosis □No □Yes( . . )

Functional disorder in extremities □No □Yes ( . . )

□なしNone

５．検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis: 尿糖 glucose ( ), 尿蛋白 protein ( ), 尿潜血 occult blood ( )

赤沈 ESR: mm/hr, 白血球数 WBC count: / L, Hemoglobin: g/dL, 貧血 Anemia: □No □Yes

GPT (ALT): IU/L

６．診断医の印象を述べて下さい。（問題がない場合も、その旨ご記入ください。）

Please give your impression of the applicant’s health.

(If you do not have a particular opinion, please write as such.)

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充分に留学に耐えうるものと思われますか？

In view of the applicant's history and the above findings,

is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

□ Yes □ No

日付 Date: 署名 Signature:

医師氏名 Physician's Name in Print:

検査施設名 Office/Institution:

所在地 Address: