受付日※
年　月　日

２０２５年度

りゅうぎん海外留学支援事業奨学生願書（様式 1）

※は事務局記入欄です

DOB	MED	SG	ENG				試験会場
※	※	※	※	※	※	※	※

フリガナ		性　別	写真		
氏　名		男・女			
生年月日	西暦　年　月　日（満　歳）	国籍		本籍地	
現住所	〒				
電話番号		FAX		本人携帯番号	
PC mail		携帯mail			
在学校名	国・公 私　立	中　学　校 高等学校 中等教育学校	学　科 コース	学年	
	所在地 〒　　☎		3学期制・2学期制		
ホームルーム 教員氏名		担当 教科	留学担当 先生名		
最終学歴	小学校 中学校　卒業				

下欄から希望する国の記号を、３つまでそれぞれ左欄に記入してください。

第一希望	US アメリカ合衆国	BG ベルギー	DM デンマーク	ER エクアドル
第二希望	IT イタリア	SW スウェーデン	GM ドイツ	TH タイ
第三希望	ES エストニア	FR フランス	TW 台湾	AG アルゼンチン
	NR ノルウェー	SA 南アフリカ	SP スペイン	MX メキシコ
	PH フィリピン			

家族構成	氏　名	本人との続柄	年齢	学校名／勤務先	携帯番号

海外渡航歴	有　・　無	行先		期間
これまでのクラブ活動	1		2	
趣　味 スポーツ	1		2	
	3		4	
英語資格	1		2	
宗　教	なし　　あり（			

アレルギー持病など	種　類	程　度	薬の必要性
	喘息	なし　あり（通院なし　あり）	必要なし　市販の薬　病院の薬
	花粉症	なし　あり（通院なし　あり）	必要なし　市販の薬　病院の薬
	アトピー	なし　あり（通院なし　あり）	必要なし　市販の薬　病院の薬
	ハウスダスト	なし　あり（通院なし　あり）	必要なし　市販の薬　病院の薬
	アレルギー	なし　あり（通院なし　あり）	必要なし　市販の薬　病院の薬
		アレルゲンおよび症状の程度：	
	精神疾患(鬱,摂食etc.)	なし　あり（通院なし　あり）	必要なし　市販の薬　病院の薬
	その他	病名： 症状：	

単位認定	単位認定について学校と　相談済　・　これから確認
	相談済みの方は該当に○をして下さい。 1. 留学扱い（留学中の単位を認めてもらい進級する）　2. 休学扱い（原級に戻る）

りゅうぎん海外留学支援事業プログラムに、上記のとおり出願致します。

年　　月　　日　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご記入いただいた個人情報は、事務局の各種教育交流プログラムのご案内や活動を伝えるお知らせ、又プログラム参加後のサポートやアンケートのために利用させていただくことがあります。

親権者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿