2025 Application　Form

**「2025JALスカラシッププログラム」　アプリケーションフォーム**

記入日　　　　年　　月　　日

写真

JPEG形式

でデータ貼付

（参加者名簿,報告書で皆さんと共有できるお写真をお願いします。）

**基本情報**

**名前(パスポート表記) Print name as in Passport**

ローマ字

 Tick Either 　□　姓 Surname 　 名 Given Name Middle Name (if any)

* Full Name

カタカナ

姓 Surname 　 名 Given Name Middle Name (if any)

漢字Kanji

(if any) 姓 Surname 　 名 Given Name Middle Name (if any)

プログラム中に呼んでほしいニックネーム

**国籍** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　**性別**□男 □女

**生年月日**　 　　　　　　　　　 　　 　　　**年齢** 　　　　　□その他

月MM　　/　　日DD　　/ 　 年YY

**パスポート番号　 Date of Expiry:**

**現住所** (郵送に使用いたします。国名から郵便番号まで含めて、自宅のご住所を明確に記入してください。カタカナ使用不可。)

**Print in English**

 （郵便番号Zip-code：　 　　　　　　　） Country/Region

**電話：**(国/地域番号) + 　　　　　　　　 **FAX：**(if Any) +

**E-mail Address：**

**Any other Addresses for last minute communication before departure**

 **(Skype ID, Wechat ID, Facebook, Line, Weibo, etc. )：**

**緊急時の母国の連絡先:**

名前　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 続柄

住所

**電話**(国番/地域番号)+ 　　　　　　　　　 **FAX**(If Any)+

**E-mail Address:**

**Skype ID, Wechat ID, Facebook, Line, Weibo, (for emergency contact)**

**学校名**

**専攻**

**母国語**

**日本語能力**

日本語検定　（　　 ）級　（　　　年）

日本語履修暦

□討論ができる 　　　　　　　　　□日常会話ができる □片言

**その他の外国語 （参考）**

□討論ができる 　　　　　　　□日常会話ができる □片言

□討論ができる 　　　　　　　□日常会話ができる □片言

□討論ができる 　　　　　　　□日常会話ができる □片言

**健康状態**

□良い　　□あまりよくない

**常用の薬の有無**　□ある　　□ない

（ある場合、具体的に記入）

**アレルギー**　□ある　　□ない

（ある場合、具体的に記入）

□動物など

□医薬品

□食　物

□その他

**食事制限の有無**　□ある　　□ない　（本プログラムの内容上、希望に添えない場合があります）

ある場合、具体的に記入してください。

＜例：　豚肉、海老、卵、乳製品（ミルク、バター、チーズ）＞

□宗教上の理由

□アレルギー

□その他

**好きな食べ物**

**嫌いな食べ物、日本食で食べられない物**

**飲酒**　□お酒を飲む　　□お酒を飲まない

**喫煙**　□煙草を吸う □煙草を吸わない

**★「健康状態」以下、「食事制限」、「食事好き嫌い」、「飲酒」「喫煙」などの質問項目は、日本での受け入れ準備に必要な情報であり、スカラー採用の合否には直接関係いたしませんので、正確なご記入をお願いいたします。**

**海外旅行経験**

　　時期・期間 　　 　　　　　　国名　 　　　　　　 　　　　　　目的

**趣味・特技**

**将来の希望（職業など）**

**日本について興味のあること**

**本プログラムで学びたいこと、知りたいこと**