



高知県立大学

University of Kochi

高知県立大学 交換留学生入学申請書

Exchange Student Application Form

(DATE (Year/Month/Day) : 20 / /)

名前 NAME	Family Name First Name Middle Name			写真 PHOTO
漢字名 Chinese Characters if available				
出生年月 DATE OF BIRTH (Year/Month/Day)	/	/	年齢 AGE	
国籍 NATIONALITY	出生地 BIRTHPLACE			
本国住所 HOME ADDRESS	ZIP CODE:		COUNTRY:	
電話 PHONE NUMBER				
メール EMAIL	@			
旅券番号 PASSPORT NO.	有効期限 DATE OF EXPIRY			
保証人 GUARDIAN	名前 NAME:		続柄 RELATIONSHIP:	
緊急連絡先 CONTACT ADDRESS (in an emergency)				
PHONE NUMBER				
CURRENT UNIVERSITY	NAME:			
	PERIOD OF ENROLLMENT: FROM TO		INSTITUTION:	MAJOR:
語学試験 LANGUAGE QUALIFICATION	JLPT	TOEIC/TOEFL	OTHERS:	
留学期間 EXCHANGE TERM (Year/Month/Day)	20 / / ~ 20 / /			

高知県立大学長 野嶋 佐由美 様 To the President of the University of Kochi

私は上記に提供した全ての情報は真実で正しいことを宣言します。また、日本政府の法律・法令を遵守し、高知県立大学の制度・学則に従うことを誓います。

I hereby affirm that

(1) All the information I provided above is true and correct.

(2) I shall abide by the laws of the Japanese Government and the regulations of the University of Kochi.

20 / / 署名 Signature of the student
(Year / Month / Day)

印*(Seal or Stamp)

申請者が20歳未満の場合、申請者の親または保証人が記入するもの: 申請者に代わり上記の宣言を読み、理解し、同意したことを確認します。

To be completed by the applicant's parent or guardian if the applicant is under 20 years of age:

I confirm I have read, understood and agreed to the declaration above on behalf of the applicant:

20 / / 署名 Signature of the parent or guardian
(Year / Month / Day)

印*(Seal or Stamp)

(名前 Name in print)