

「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) + _____

携帯電話 : _____

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)+ _____

携帯電話 : _____

E-mail Address: _____

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

学校名 _____ 学年 (_____)

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、スカラー採用の可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）
