

経費支弁書

经费支付书

日本国法務大臣 殿/ 日本国法務大臣 閣下

申請人情報/ 申请人情况

申請人氏名/ 申请人姓名		国籍/ 国籍		性別/ 性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
-----------------	--	-----------	--	-----------	--

私は、この度、上記の者が日本国に滞在中の経費支弁者になりましたので、下記のとおり経費支弁の引受け経緯を説明するとともに、経費支弁について誓約します。/ 这次，我已成为上述人员在日本期间的费用支付者，因此，我将解释费用支付的承保过程并按如下方式保证提供财务支持。

経費支弁の引受経緯/ 接收费用支付委托的原由:

(申請者の経費の支弁を引き受けた経緯及び申請者との関係について具体的に記載してください。/ 请详细说明如何支付申请人的费用以及与申请人的关系。)

経費支弁内容/ 经费支付内容:

私、_____ は、上記の日本滞在中について、下記のとおり経費支弁することを誓約します。また、上記の者が在留期間更新許可申請を行う際には、送金証明書又は本人名義の預金通帳（送金事実・経費支弁事実が記載されたもの）の写しなどで、生活費等の支弁事実を明らかにする書類を提出します。

我、●●●、保证申请人在日本逗留期间支付以下费用。此外，上述人员申请延期逗留申请时，会提供汇款证明或本人名义的银行存折的副本（已支付汇款和费用的事实记录）。

(1) 学費 / 学费

円/JPY

(2) 生活費月額 / 生活费月額

円/JPY

(3) 支弁方法 / 支付方法

(送金・振り込み等支弁方法を具体的にお書きください。/ 携带・银行汇款等支付方法请具体填写)

経費支弁者情報/ 经费支付人情况:

支弁者氏名/ 支付人姓名		学生との関係/ 与学生的关系	
現住所/ 现在居住地址		電話番号/ 电话号码	

現在、他の外国人留学生の経費（学費・滞在費）を負担していますか。 No / 不是 Yes / 是

现在、还负担其他外国人留学生的经费（学费·生活费）吗？

支弁者署名/ 支付人签名: _____

作成年月日/ 完成年月日: _____ 年 月 日

健康状況申告書

健康状況申告书

本申告書は、あなたの健康状況について、ご記入いただくものです。

この申告書は、皆さんが安心して学校生活を送れるよう、教職員が事前に皆さんの健康状態を知るためにお聞きするものですので、出来るだけ詳しくご記入ください。申告書をご提出頂いても、学校では投薬、医療行為などは行うことは出来ませんので、ご了承ください。また、この申告書の取り扱いは秘密としますのでご安心ください。

本申报表请填写您的健康状况。这张申报单是教职员工为了事先了解大家的健康状况而询问的，为了让大家安心地度过学校生活，请尽可能详细地填写。即使您提交申报表，学校也不能进行药物提供，医疗行为等。请您谅解。另外，这份申报表会进行保密处理，请放心。

1	現在の健康状態は次のとおりである。/目前的健康状况如下。 <input type="checkbox"/> 優 優 <input type="checkbox"/> 良 良 <input type="checkbox"/> 可 尚可 <input type="checkbox"/> 不可 身体状况不好		
2	現在、病気などの治療で通院されていますか？/ 现在是否有正在治疗中的疾病？	<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No	発病時期 / 发病时间 (年) 病名 / 疾病名称
3	現在または過去1年以内に、医師より処方された薬を服用していますか？/ 目前或在过去一年内，是否服用医生开出的处方药物？	<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No	服薬開始時期 / 服药开始时间 (年 月) 薬/药： <input type="checkbox"/> 精神安定薬/ 镇定剂 <input type="checkbox"/> 抗てんか薬/ 抗癫痫药 <input type="checkbox"/> 喘息の薬/ 哮喘药 <input type="checkbox"/> その他/ 其他 ()
4	過去5年以内に入院や手術をされていますか？/ 过去五年内是否有入院接受手术？	<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No	入院時期/入院时间 (年 月)
5	次の病気について現在または過去に患ったことはありますか？/ 你现在或过去有没有患过以下疾病？		<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No ※ある場合は次の項目について当てはまるものにてできるだけ詳しくご記入ください。/ 如果有的话，请尽可能详细地填写符合以下项目。
(1)	結核/结核病	発病(症)時期/发病时间 (年 月)	現在の状況/ 现在的状况 <input type="checkbox"/> 完治/ 痊愈 <input type="checkbox"/> 薬を服薬中/ 服药中
(2)	マリア/疟疾 その他伝染病/其他传染病	発病(症)時期/发病时间 (年 月)	名称/其他传染病名称
(3)	精神疾患/精神疾病	発病(症)時期/发病时间 (年 月)	詳細説明/ 详细说明
(4)	てんかん/癲癇		現在の状況/ 现在的状况 <input type="checkbox"/> 完治/ 痊愈 <input type="checkbox"/> 薬を服薬中/ 服药中
(5)	喘息を含むアレルギー疾患/ 包含哮喘在内的过敏史	発病(症)時期/发病时间 (年 月)	詳細説明/ 详细说明
(6)	糖尿病	発病(症)時期/发病时间 (年 月)	現在の状況/ 现在的状况 <input type="checkbox"/> 完治/ 痊愈 <input type="checkbox"/> 治療中/治疗中
6	特別な食事療法や食事制限等がありますか？/有特别的饮食疗法和饮食限制等？	<input type="checkbox"/> 是/Yes <input type="checkbox"/> 否/No	理由
7	あなたの健康状況について、当校が事前に知っておくべきことがありましたら、ご記入ください。/关于你的健康情况，有需要校方事先掌握的请详细填写。		

私の健康状況は、上記の通り、相違ないことを申告します。/上面所述我的健康情况与事实相符，特此申告。

本人署名/本人签名: _____

作成年月日/完成年月日: 年 月 日