

# 経費支弁書

Written Proof of Supporter

日本国法務大臣 殿/ To: Minister of Justice

## 申請人情報/Student's Information

|                         |  |                   |  |           |  |
|-------------------------|--|-------------------|--|-----------|--|
| 申請人氏名<br>Student's Name |  | 国籍<br>Nationality |  | 性別<br>Sex | <input type="checkbox"/> 男性 / Male<br><input type="checkbox"/> 女性 / Female |
|-------------------------|--|-------------------|--|-----------|--|

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。(I hereby swear that I am the applicant's supporter while he/she is in Japan.)

## 経費支弁の引受経緯/ Reasons for supporting the applicant:

(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。/ Please explain in detail the reasons for supporting the applicant, and the relationship between you and him/her.)

## 経費支弁内容/ Payment:

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。

I hereby swear that I will forward the amount below to the applicant while he/she is in Japan, by the method stated. Also, I will submit any document which proves my remittance when he/she renews his/her visa.

(1) 学費 / Tuition fees 1年間/per year 円/JPY

(2) 生活費月額 / Living expense per month 円/JPY

(3) 支弁方法 / Method of payment  
(送金・振り込み等支弁方法を具体的にお書きください。Please explain the details of method of transferring money to the applicant.)

## 経費支弁者情報/Financial Supporter's Information:

|                           |  |                                     |  |
|---------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 支弁者氏名<br>Supporter's name |  | 学生との関係<br>Relationship to Applicant |  |
| 現住所<br>Current Address    |  | 電話番号<br>Telephone number            |  |

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。 いいえ / No はい / Yes

Are you currently supporting anyone in Japan financially?

支弁者署名/Supporter's Signature: \_\_\_\_\_

作成年月日/Date: 年 Year 月 Month 日 Day

# 健康状況申告書

## Health status report

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。

This form is required to fill in your health status.

Please fill out this form as much as possible because faculty and staff will ask you to know your health in advance so that you can have a safe and secure school life.

Please note that even if you submit a declaration form, you will not be able to take medication or practice medicine at school.

Please be assured that the handling of this form will be kept confidential.

|     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| 1   | 現在の健康状態は次のとおりである。My health and physical conditions are :<br><input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可<br>Excellent                      Good                      Fair                      Poor |  |   |
| 2   | 現在、病気などの治療で通院されていますか？ /<br>Are you currently going to hospital for treatment of illness?  | <input type="checkbox"/> はい/Yes<br><input type="checkbox"/> いいえ/No                 | 発病時期 / Onset time (                      年/year)<br>病名 / Disease name   |
| 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？ /<br>Are you taking any medication prescribed by your doctor now or within the past year?   | <input type="checkbox"/> はい/Yes<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ/No      | 服薬開始時期/ Start of medication<br>(                      年/year                      月/month)<br>薬/Drug :<br><input type="checkbox"/> 精神安定薬/ Tranquilizer<br><input type="checkbox"/> 抗てんか薬/ Antiepileptic drug<br><input type="checkbox"/> 喘息の薬/ Asthma drug<br><input type="checkbox"/> その他/other (                      ) |
| 4   | 過去 5 年以内に入院や手術をされていますか？ /<br>Have you been hospitalized or operated on within the last 5 years?   | <input type="checkbox"/> はい/Yes<br><input type="checkbox"/> いいえ/No                 | 入院時期/ Hospitalization<br>(                      年/year                      月/month)  |
| 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？ /<br>Have you had any of the following diseases, now or in the past?   |  | <input type="checkbox"/> はい/Yes <input type="checkbox"/> いいえ/No<br>※ある場合は次の項目について当てはまるものにできるだけ詳しくご記入ください。 / If yes, please provide as much detail as possible about the following:  |
| (1) | 結核/ Tuberculosis  | 発病（症）時期/ Onset time<br>(                      年/year                      月/month) | 現在の状況/current situation<br><input type="checkbox"/> 完治/Complete cure<br><input type="checkbox"/> 薬を服薬中/Taking medication  |
| (2) | マラリア/ Malaria<br>その他伝染病/ Other communicable disease   | 発病（症）時期/Onset time<br>(                      年/year                      月/month)  | 名称/Other infectious disease names   |
| (3) | 精神疾患/Mental illness   | 発病（症）時期/Onset time<br>(                      年/year                      月/month)  | 詳細説明/Detailed explanation   |
| (4) | てんかん/Epilepsy   |  | 現在の状況/current situation<br><input type="checkbox"/> 完治/Complete cure<br><input type="checkbox"/> 薬の服薬中/Taking medication  |
| (5) | 喘息を含むアレルギー疾患/<br>Allergic diseases including asthma   | 発病（症）時期/Onset time<br>(                      年/year                      月/month)  | 詳細説明/Detailed explanation   |
| (6) | 糖尿病/ Diabetes   | 発病（症）時期/Onset time<br>(                      年/year                      月/month)  | 現在の状況/current situation<br><input type="checkbox"/> 完治/Complete cure<br><input type="checkbox"/> 治療中/During treatment   |
| 6   | 特別な食事療法や食事制限等がありますか？ /Do you have any special diet or dietary restrictions?   | <input type="checkbox"/> はい/Yes<br><input type="checkbox"/> いいえ/No                 | 理由 Reason   |

|   |  |
|---|--|
| 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。/If there is anything we need to know in advance about your health, please indicate. |
|---|--|

私の健康状況は、上記の通り、相違ないことを申告します。I hereby declare that the above information is true and correct.

**本人署名/Signature:** \_\_\_\_\_

**作成年月日/Date:**      年 Year      月 Month      日 Day