**埼玉県・オハイオ州スカラシップ調書（和文）**

 別紙様式１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 応募者氏名 | 写真貼付 |  |
| ふりがな　　　　　　　 | 　　 |
|  |  |
| 生年月日 | 年齢（令和5年11月末）　　　　　　　　　　　　　 |
| 西暦 年 月 日 | 　　　歳 |
| 現　住　所 | 希望コース　※該当にチェック |
| 〒　　　　　　　　－　　　　　　　都・道・府・県 | □ フィンドレー大学集中英語コース□ フィンドレー大学学部□ フィンドレー大学大学院 |  |
| 電話番号 |  | － |  | － |  |
| 携帯電話番号 |  | － |  | － |  |
| E-mailアドレス※Zipファイルの受信・開封が可能なアドレスをご記入ください。 |  |
| 現住所以外の連絡先（実家等）※応募者本人に連絡がつかない場合、連絡することがあります。 |
| 電話番号 |  | － |  | － |  |
| E-mailアドレス※Zipファイルの受信・開封が可能なアドレスをご記入ください。 | ＠ |
| 英語能力（資格、点数等を記載）※付属英語学校を希望される方は必須ではありません。 |
|  |
| 希望する専攻 | 学位取得の希望　※ | 私費留学の可能性　※ |
|  | □有　　　□無 | □有　　　□無 |
| 趣味・スポーツ経歴等 |
|  |
| 年 | 月 | 学歴　※高等学校以上からご記入し、適宜行は追加してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 健康状態 ※ |
| 　□良好　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）◆慢性的な疾患がある場合、定期的に服用あるいは常用している薬がある場合、アレルギーやその他の理由により現在通院している場合はその旨記入すること。 |
| 面接可能な日時（以下日程から面接可能な日程を残してください。複数回答可） |
| 　期　日：2024年 1月9日(火) ／ 1月10日(水) ／ 1月11日（木）／ 1月12日（金）　時　間：　◆面接は30分程度で実施予定です。時間は「9時～17時」の間で対応可能な時間帯（例:9:00～16:00）を記入し、特に制約がない場合は「どの時間でも可」と記入してください。 |

※…該当する選択肢を■（またはチェックを入れる）にしてください。