

「2026JAL 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)

* アルファベットはパスポート表記の名前を記入してください。

Please fill in the alphabet column with the name as shown on your passport.

アルファベット

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) +

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)+ _____

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 ☐居住国・地域の法令で飲酒不可

喫煙 ☐煙草を吸う ☐煙草を吸わない ☐居住国・地域の法令で飲酒不可

★「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）

日本について興味のあること

[illegible]

本プログラムで学びたいこと、知りたいこと

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.