

交換留学（学術交流協定校・UMAP）留学申込書

※アスタリスク (*)の項目はプルダウンから選択してください。

氏名 ※英語はパスポート表記と同一のもの	姓 (かな)		名		交換留学の種類*		
					学籍番号		
	(漢字)				生年月日	年 月 日	
	(English)				助言教員		
所属・学年	学部 研究科*			学科 専攻			年*
パスポートの有無*	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※「有」の場合		有効期限	年 月 日	
連絡先	電話番号	携帯電話					
		自宅					
	Eメール	携帯電話					
P C							
緊急連絡先	氏名				応募者との関係		
	電話番号						
	Eメール						
希望留学先国・大学・期間	希望順位	国名	大学名			留学期間*	体験談確認有無*
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
※上記の大学において推薦不可となった場合、他の大学への留学を希望しますか。*						<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
希望留学先大学情報収集方法*	希望留学先大学を検討する上で、活用した情報元を選択してください。（複数選択可）。						
	<input type="checkbox"/> 福井大学HP（協定校情報ページ）	<input type="checkbox"/> 留学先大学HP	<input type="checkbox"/> ファクトシート				
	<input type="checkbox"/> 過去派遣学生の体験談集	<input type="checkbox"/> 過去派遣学生を知っている	<input type="checkbox"/> 本学教員				
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
語学能力	試験名	受験年月		スコア	スコア内訳/備考		
	TOEFL ITP	年 月 日					
	TOEFL iBT	年 月 日		R:	L:	S:	W:
	IELTS	年 月 日		R:	L:	S:	W:
	その他①	年 月 日					
GPA	2025年度前期までの累積GPA				確認元 ()		
海外留学/研修参加経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 海外留学/研修先（直近2件）※上記で「有」を選択の場合						
	国名	留学/研修先（上段）/プログラム名（下段）			期間		
	1						
	2						
特記事項	健康面（持病、アレルギー等）において、福井大学及び留学先大学等の関係者が知っておくべきことがあれば、記入してください。						

※上記項目の記入後、両面印刷してください（白黒可）。次の項目は、必ず自筆の署名をしてください（代筆不可）。

«記載された個人情報は、交換留学生派遣関係以外の目的には一切使用しません。»

【交換留学参加に係る同意・承認】 ※以下の項目は、必ず自筆の署名をしてください（代筆不可）。

申請者 (※)	私は、交換留学の参加にあたり、福井大学及び留学先大学等の関係者の指示に従い行動します。また、全ての応募書類に虚偽記載がないことを証明します。		(署名)
	(署名日)	年　月　日	
保証人等の同意 (※)	上記学生が応募することに同意します。		(署名・続柄)
	(署名日)	年　月　日	
助言教員の同意 (※)	上記学生が応募することに同意します。		(署名)
	(署名日)	年　月　日	

【応募書類チェックリスト】

- ①留学申込書（本紙）
- ②学習計画書
- ③推薦書
- ④留学に係る経費負担証明書
- ⑤誓約書
- ⑥語学能力証明書
- ⑦パスポートの写し（既に取得済の場合のみ）
- ⑧情報開示請求委任状（該当者のみ）

【国際課記入欄】

日付	担当印