STRATEGIC INTERNATIONAL POSTGRADUATE PROGRAM (SIPOP)

AT THE GRADUATE SCHOOL OF SCIENCE AND ENGINEERING

SAGA UNIVERSITY

2024

**APPLICATION FORM**

**INSTRUCTION (記入上の注意)**

1.　The application should be typewritten if possible, or neatly handwritten in block capitals．

(タイプまたは手書きのブロック体で明瞭に記入すること。)

1. Numbers should be written in Arabic figures．

(数字は算用数字を用いること。)

1. Year should be written in the Anno Domini system．

(年号はすべて西暦とすること。)

4.　Proper nouns should be written in full and not be abbreviated．

(固有名詞はすべて正式な名称とし、一切省略しないこと。)

5.　Enter the address below for notifying the result of the selection.

(合格通知書等の送付先を下記欄に記入のこと｡)

To：

Name　：

Present：

Address

Tel/Fax

＊受験番号

第 　号

**Form Ａ**

**STRATEGIC INTERNATIONAL POSTGRADUATE PROGRAM (SIPOP)**

**AT THE GRADUATE SCHOOL OF SCIENCE AND ENGINEERING**

**SAGA UNIVERSITY**

(GRADUATE SCHOOL OF SCIENCE AND ENGINEERING)

2024年度佐賀大学大学院戦略的国際人材育成プログラム（理工学研究科博士後期課程）入学志願票

Paste your passport

photograph taken

within the past 6 months.

Write your name and

nationality in

block letters on the

back of the photo.

（Size（6×4cm））

Department of Science and Advanced Technology

Courses:

□ Mathematical and Information Science

□ Mechanical and Electrical Energy Engineering

□ Civil Engineering and Architectural Design

□ Biological and Material Engineering

Chair

Field

Name of the desired supervisor（指導を希望する主指導教員名をかならず記入すること。）

1.　Name in full, in native language (姓名(自国語))

， ，

(Family name) (First name) (Middle name) (Sex)

□Male (男)

In Roman letters (ﾛｰﾏ字) □Female (女)

， ，

(Family name) (First name) (Middle name) (Marital Status)

□Single (未婚)

2.　Nationality □Married (既婚)

(国籍)

3.　Date of birth (生年月日) Year ,Month ,Date ,Age (As of April 1st, 2024)

(年) (月) (日) (年齢)

4.　Present status; with the name of the university attended or of the employer.

(現職:在学大学名又は勤務先名まで記入すること)

5.　Present address and telephone number, facsimile number or E-mail address

　　(現住所､電話及びﾌｧｸｼﾐﾘ番号又は電子メールアドレス)

(Office) : Telephone number

Facsimile number

E-mail address

(Home) : Telephone number

Facsimile number

E-mail address

6.　Permanent address (本籍)

7.　Field of study specialized in the past (Please describe in detail as concrete as possible.)

（過去に専攻した専門分野(できるだけ具体的に詳細に書くこと)）

8.　Educational background (学歴)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Name and address of school  (学校名及び所在地) | Officially required years of schooling | Year and month of entrance and completion  (入学及び卒業年月) | Major subject  (専攻科目) | Diploma or degree awarded  (学位･資格) |
| Elementary Education  (初等教育)  Elementary School  (小学校) | | Name  (学校名)  Location  (所在地) | years  (年) | From  (入学)  To  (卒業) |  |  |
| Secondary Education (中等教育) | Lower  (中学) | Name  (学校名)  Location  (所在地) | years  (年) | From  (入学)  To  (卒業) |  |  |
| Secondary School (中学及び高校) | Upper  (高校) | Name  (学校名)  Location  (所在地) | years  (年) | From  (入学)  To  (卒業) |  |  |
| Higher Education  (高等教育)  Undergraduate Level  (大学) | | Name  (学校名)  Location  (所在地) | years  (年) | From  (入学)  To  (卒業) |  |  |
| Graduate Level  (大学院) | | Name  (学校名)  Location  (所在地) | years  (年) | From  (入学)  To  (卒業) |  |  |
| Total years of schooling mentioned above  (以上を通算した全学校教育修学年数) | | | years  (年) |  |  |  |

* In the case, the blank spaces above are not sufficient for information required, please accompany this form by an attached sheet. ((注)上欄に書ききれない場合には､適当に別紙に記入して添付すること｡)

9.　State the titles or subjects of books or papers (including graduation thesis authored by applicant), if any, with the name and address of publisher and the date of publication.

(著書､論文､(卒業論文を含む)があればその題名､出版社名､出版年月日､出版場所を記入すること｡)

* Accompany this form with a summary of the papers mentioned above.((注)論文の概要を添付のこと)

10. Employment Record; Begin with the most recent employment，if applicable. (職歴)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name and address of organization  (勤務先及び所在地) | Period of employment (勤務期間) | Position  (役職名) | Type of work  (職務内容) |
|  | from  to |  |  |
|  | from  to |  |  |
|  | from  to |  |  |

11. Japanese language background, if any (日本語の学習歴)

1. Name and address of institution (学習機関及びその住所)
2. Period of study: from to ，

(学習期間) Year (年) Month (月) Year (年)Month (月) Years(年間)

1. Name of teacher (教師名)

ⅳ) Japanese language proficiency: Evaluate your level and mark with a × where appropriate in the following categories. (日本語能力を自己評価のうえ､該当欄に×印を記入すること｡)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Excellent(優) | Good(良) | Poor(不可) |
| Reading (読む能力) |  |  |  |
| Writing (書く能力) |  |  |  |
| Speaking (話す能力) |  |  |  |

12. Foreign language proficiency: Evaluate your level and mark with a × where appropriate in the following categories. (外国語能力を自己評価のうえ､該当欄に×印を記入すること｡)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Excellent(優) | Good(良) | Poor(不可) |
| English(英語) |  |  |  |
| French(仏語) |  |  |  |
| German(独語) |  |  |  |
| Spanish(西語) |  |  |  |

13. Family background (家族状況)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name(氏名) | Relationship  (続柄) | Age  (年齢) | Occupation  (職業) | Address  (住所) | Living or Deceased  (生死) | ＊Check your  accompanying dependents to Japan. (注)渡日する場合､同伴予定の家族には該当欄に×印を記入すること｡ |
|  | Father(父) |  |  |  |  |  |
|  | Mother(母) |  |  |  |  |  |
|  | Spouse(配偶者) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* All expenses incurred by the presence of dependents must be borne by the grantee. He／She is advised to take into consideration the various difficulties and great expense that will be involved in finding living quarters for them.

(注) 同伴者に必要な経費はすべて留学生の負担であり，また家族用の宿舎を見つけることは相当困難であり，賃貸料も非常に割高になるため，あらかじめ承知されたい｡

14. Is there anyone in your family who has been awarded or is applying for the Japanese Government

Scholarship? If yes, please give his／her name.

(家族の中に国費留学生に採用されている者または申請中の者がいればその者の氏名を記入すること｡)

15. Have you been awarded the Japanese Government Scholarship in the past? If so, please give the period, the name of the university, etc．

(過去に国費留学生に採用されたことがあれば､その期間､受入れ大学名等を記入すること｡)

1. Yes, I have. (ある｡) Period(期 間);

University(大学名等);

1. No, I have not.(ない｡)

16. Are you applying for other universities as monbukagakusho scholarship or other universities except Japan? If so, give the name(s) of university(ies), month, year, amount, etc.

(他の大学に応募している場合は､その名前､期間､金額等を記入すること。)(See! p.2-3,“Selection and Admission”and “Remarks”)

17. Person to be notified in applicant’s home country, in case of emergency: 　(緊急の際の母国の連絡先)

1. Name in full(氏名)
2. Address ; with telephone number, facsimile number or E-mail address:  
   (住所:電話番号,ﾌｧｸｼﾐﾘ番号又は電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽも記入すること｡)

Telephone

Facsimile

E-mail address

Address

1. Occupation(職 業):
2. Relationship(本人との関係):

18. Immigration Records to Japan. (日本への渡航記録)

|  |  |
| --- | --- |
| Date　(日付) | Purpose　(渡航目的) |
| From  To |  |
| From  To |  |

Date of application(申請年月日):

Applicant’s signature(申請者署名):

Applicant’s name in

Roman block capitals(申請者氏名):

**Form B**

＊受験番号

第 号

**APPLICATION FOR SAGA UNIVERSITY SCHOLARSHIP**

佐賀大学奨学金留学生申請書（別紙）

1.　Name in full, in Roman block capitals （姓名を記入，ローマ字で表記）

　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Sex）

(Family name)　　　　(First name)　　　　　　　(Middle name)　　　　　　　　　 □Male（男）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 □Female（女）

2.　Date of birth （生年月日）

Paste your passport

photograph taken

within thepast6months.

Write your name and nationality in

block letters on the

back of the photo.

（Size（6×4cm））

　　Year（年）　Month（月）　Date（日）　Age（年齢） As of April 1,2024

（2024年4月1日現在の年齢）

3.　Nationality（国籍）

4.　Present address, telephone and facsimile number, E-mail address

　　（現住所及び電話，ファクシミリ番号，Eメールアドレス）

5.　The institution you have graduated/will graduate. （卒業した，あるいは卒業予定の機関）

　　　Institution（機関）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Year（年）　　　　Month（月）

Conferred Degree：　　a) Bachelor Degree　　b) Master’s Degree　　c) Doctoral Degree

（取得学位）　　　　　　　　　　（学士）　　　　　　　　　（修士）　　　　　　　　（博士）

6.　Field of study in Japan （日本での専攻希望）

7.　If you are applying for other scholarships, state the name of sponsor, duration, amount, etc.

　　（他の奨学金に応募している場合は，その名前，期間，金額等を記入すること。）

8.　Have you ever joined the partnership program of Saga University and/or the collaboration studies with professors of Saga University? If so, please give the period, the name of the program and/or the research projects, etc.

（今までに佐賀大学の教授とのパートナーシッププログラムや共同研究に参加したことがあれば，その期間・プログラム名やプロジェクト名を記入すること。）

□ⅰ）Yes, I have. Period:　　　　　　　　　　　　　Program and/or Project name:

　　　　（ある） Professor’s name:

□ⅱ）No, I have not.

　　　　（ない）

**Form C**

＊受験番号

第 号

専攻分野及び研究計画

Field of Study and Study Program

Name in full, in native language　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　，

（姓名（自国語））　　　　　　　　 (Family name) (First name) (Middle name)

Nationality

（国籍）

Proposed study program in Japan; State, in more than 600 words, the details of your major field of study and study program based on your experiences of the partnership program or the collaboration studies with Saga University. This item will be used as one of the most important references for selection. Statement must be typewritten in block letters. Additional sheets of paper may be attached if necessary.

日本での研究計画(この研究計画は､選考の重要な参考となるので､専攻分野､研究計画をパートナーシッププログラムや共同研究の経験に基づいて、600字以上で詳細に記入すること｡ 記入は､ﾀｲﾌﾟ又はﾜｰﾌﾟﾛによるものとし､必要な場合は別紙に追加してもよい)

１．Field of study (専攻分野)

2. Study Program in detail . (研究計画;詳細に記入すること｡)

3. Describe the experience of the partnership program and/or collaboration studies with the professors of Saga University in detail. （佐賀大学の教授とのパートナーシッププログラムや共同研究の経験を詳細に記入すること。）

**Form D**

＊受験番号

第 号

健康診断書

**CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by examining physician)**

日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 □男 Male 生年月日　　　　　 年齢

Name: , □女 Female Date of Birth: Age:

Family name, First name　 Middle name

1. 身体検査

Physical Examinations

1. 身 長　 体 重

Height cm Weight kg

1. 血 圧　　　　　　　　　 血液型 脈拍 □整 regular

A B O RH + －

Blood pressure mm/Hg～ mm/Hg Blood Type Pulse □不整 irregular

1. 視 力

Eyesight : (R) 　 (L) 　 (R) 　 (L)

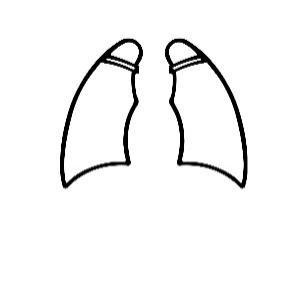
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses

1. 聴 力　　　　 □正常 normal　　　　　言 語　　□正常 normal

Hearing: □低下 impaired speech: □低下 impaired

1. 申請者の胸部について，聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること。（6ヶ月以上前の検査は無効。）

Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant’s chest X-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).

肺 □正常 normal 心臓 □正常 normal

lung: □異常 impaired Cardiomegaly: □異常 impaired

↓

←Date 異常がある場合

Film No. 心電図 Electrocardiograph : □正常normal

□異常impaired

Describe the condition of applicant’s lung.

1. 現在治療中の病気 □Yes (Disease:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

Disease Treated at Present □No

1. 既往症

Past history : Please indicate with + or － and fill in the date of recovery

Tuberculosis……□( . . ) Malaria……□( . . ) Other communicable disease……□( . . )

Epilepsy……□( . . ) Kidney Disease……□( . . ) Heart Diseases……□( . . )

Diabetes……□( . . ) Drug Allergy……□( . . ) Psychosis……□( . . )

Functional Disorder in extremities……□( . . )

1. 検 査 Laboratory tests

検 尿 Urinalysis : glucose ( ), protein ( ), occult blood( )

赤沈 ESR : mm/Hr, WBC count : /cmm

貧血 □

anemia

Hemoglobin : gm/dl, GPT :

1. 診断医の印象を述べて下さい。

Please describe your impression.

1. 志願者の既往歴，診察・検査の結果から判断して，現在の健康の状況は充分に留学に耐えうるものと思われますか？

In view of the applicant’s history and the above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan? 　 Yes □ no □

日付　 　　署名

Date: Signature:

医 師 氏 名

Physician’s Name in Print:

検査施設名

Office/Institution:

所在地

Address:

**Form E**

＊受験番号

第 号

**RECOMMENDATION AND CERTIFICATION**

**By the Head of Applicant’s University or Institute**

**TO: President of Saga University**

This is to recommend Mr.／Ms.

as a candidate for a Scholarship Winner in your University.

Mr.／Ms.

**I certify that Mr.／Ms.**  **will enter**

**your university in October 2024 if he／she is awarded the Saga University Scholarship.**

Date:

Recommender’s name:

in Roman block letters:

Signature:

Title

Institution:

(or Company)

Present Address: