APPLICATION FORM FOR THE GLOBAL EDUCATION PROGRAM FOR AGRISCIENCE FRONTIERS,

Paste your photograph taken within the past 6 months．Write your name and nationality in block letters on the back of the photo.

（photo 4.5×3.5cm）

GRADUATE SCHOOL OF AGRICULTURE,

HOKKAIDO UNIVERSITY

北海道大学大学院農学院

先進農学フロンティア特別コース入学申請書

Academic Year 2025

2025年度

Master’s Course （修士課程）

INSTRUCTIONS（記人上の注意）

A．Application should be typewritten or written in Roman block letters．

（記入は楷書又はローマ字活字体を用いること）

B．Numbers should be in Arabic figures．（数字は算用数字を用いること）

C．Year should be written in the Anno Domini system．（年号はすべて西暦とすること）

D．Proper nouns should be written in full，and not 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）

E．Application should be printed in both sides.（両面印刷とすること）

Financial support (Check one box) 経費支弁者（いずれかをチェックすること）

▼Monbukagakusho scholarship　国費・国費定員枠外 ▼Personal Funds　私費

□Special program recommendation　国費（特別コース枠） □Supported by myself/ my family 自費

□Embassy recommendation　国費定員枠外（大使館推薦） □Sponsored by my home government 政府奨学金

□Others　国費定員枠外（一般枠・国内採用等） □Other funds その他奨学金

\*Please state the name of scholarship/ sponsorship. (Personal Funds only) 奨学金団体名を記入すること。

l．Name in full；in native language（姓名（自国語）） （Sex）

, , □Male（男）

　　（Family name）　　（First name）　 （Middle name） □Female（女）

（Marital Status）

Alphabets（英語表記） □Single（未婚）

, , □Married（既婚）

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

2．Nationality

（国籍）

3．Date of birth（生年月日）

Age (As of April 1,2025)

Year（年） Month （月） Day（日） （年齢） (2025年4月1日現在)

4. Present status (name of the university attend, or 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, telephone number, facsimile number and E-mail address.

（現住所及び電話番号、ファックス番号または電子メールアドレス）

現住所 (Present Address):

電話番号/FAX番号 (Telephone/Facsimile number):

E-mail address:

6. Proposed study plan in Japan; State, in more than 600 words, the background of your study and study plan. 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, when 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、研究の背景、研究計画を600語以上で詳細に記入すること。記入は、タイプ又は楷書によるものとし，必要な場合は別紙を追加してもよい。）

i）Background of your study（研究の背景）

ii) Study plan in Japan in detail（研究計画; 詳細に記入すること。）

iii) Name of the desired supervisor（指導を希望する主指導教員名を必ず記入すること。）

7. Educational background:（学歴）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name and address of school  （学校名及び所在地） | Year and month of entrance and completion  （入学及び卒業年月） | Period of schooling  you have attended  （修業年数） | Diploma or Degree awarded, major subject  （学位・資格，専攻科目） |
| Elementary Education  （初等教育）  Elementary School  （小学校） | Name  （学校名）  Location  （所在地） | From　　　　　　 y(年)  （入学） 　　　　 **m**(月)  to　　　　　　　 y(年)  （卒業）　　　　　 **m**(月) | yrs  (年)  mons  (月) |  |
| Secondary Education  （中等教育）  Lower Secondary School  （中学） | Name  （学校名）  Location  （所在地） | From　　　　　　 y(年)  （入学）　　　　　 **m**(月)  to　　　　　　　 y(年)  （卒業）　　　　　 **m**(月) | yrs  (年)  mons  (月) |  |
| Secondary Education  （中等教育）  Upper Secondary School  （高校） | Name  （学校名）  Location  （所在地） | From　　　　　　 y(年)  （入学）　　　　　 **m**(月)  to　　　　　　　 y(年)  （卒業）　　　　　 **m**(月) | yrs  (年)  mons  (月) | \* |
| Higher Education  （高等教育）  Undergraduate Level  （大学） | Name  （学校名）  Location  （所在地） | From　　　　　　 y(年)  （入学） **m**(月)  to y(年)  （卒業） **m**(月) | yrs  (年)  mons  (月) |  |
| Graduate Level  （大学院） | Name  （学校名）  Location  （所在地） | From y(年)  （入学） **m**(月)  to y(年)  （卒業） **m**(月) | yrs  (年)  mons  (月) |  |
| Total of the years of schooling mentioned above  （以上を通算した全学校教育修学年数） | |  | yrs  (年)  mons  (月) |  |
| I agree to handle personal data in countries outside EEA.  （私はEEA域外の国で個人情報を取り扱うことに同意します。） | | | | □ |

Note: In the case that the applicant has passed the qualifying examination for admission to a university, indicate so in the blank marked＊.（「大学入学資格試験」に合格している場合には、その旨＊欄に記入すること。）

If the blank spaces above are not sufficient for information required, please attach a separate sheet.

（上欄に書ききれない場合には，適当な別紙に記入して添付すること。）

8. 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 |  |  |

9. Person to be notified in applicant's home country, in case of emergency:

（緊急の際の母国の連絡先）

i）Name in full:

（氏名）

ii） Present address, telephone number, facsimile number and E-mail address:

（現住所及び電話番号、ファックス番号または電子メールアドレス）

現住所(Present Address):

電話番号/FAX番号　(Telephone/Facsimile number):

E-mail address:

iii）Occupation:

（職業）

iv）Relationship:

（本人との関係）

10. Pledge (Read the following sentences. If you agree with it, sign below.)

誓約（以下を良く読み，承諾する場合は署名）

Here I apply for the Global Education Program for AgriScience Frontiers, Graduate School of Agriculture, Hokkaido University with required documents. I will never cancel the application after this moment.

（私はここに必要な書類と共に北海道大学大学院農学院先進農学フロンティア特別コースに申請致します。今後この申請の取り消しはいたしません。）

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）

健 康 診 断 書（医師に記入してもらって下さい）

CERTIFICATE OF HEALTH（ this page 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

（2） 血圧 〜 脈拍数 /分　 □ 整 regular

Blood pressure Pulse rate　　　/min 　　 □不整 irregular

（3） 視力

Eyesight:（R） （L） （R） （L）

裸眼without glasses 矯正with glasses or contact lenses

色覚異常の有無 □ □ □

color blindness (+) (+) (-)

（4）聴力 □正常 normal 言語 □正常 normal

Hearing: □低下 impaired Speech: □異常 impaired

2. 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ケ月以上前の検査は無効）。

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

Lung: □正常 normal Date Cardiomegaly: □正常 normal

□異常 impaired □異常 impaired

 Film No

3. 既往症

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

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

Epilepsy..... □( . . ) Renal Disease..... □( . . ) Cardiac Diseases.....□( . . )

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

Functional disorder in extremities.....□( . . ) Others (Name of Diseases: ) ..... □ ( . . )

4. 検査

Laboratory tests

検尿Urinalysis: glucose（ ), protein（ ), occult blood（ ）

5. 診断医の印象を述べて下さい。

Please describe your impression．

6. 志願者の既往症、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日本での就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 that 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: