**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7年11月末時点）　　　　　　　　　　　　　 |
| 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　※該当にチェックを入れてください |
| 　□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、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：2025年 12月12日（金） ／ 12月15日（月）／ 12月18日（木）　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。