出願登録番号	自動的に出力

大阪国際大学・大阪国際大学短期大学部

入学願書　　SAMPLE

【出願内容】

入試種別	留学生	試験日	2025年11月16日（日）
第１志望	第1志望学部・学科	試験会場	本学（守口）
第２志望	※第二志望までの学部学科併願を認める	試験科目	日本語・面接

提出する日本語の成績	日本語留学試験	総合点　270　／ 450		
（Ⅱ期・Ⅲ期受験者のみ）	日本語能力試験N1レベル	総合点　　／ 180	日本語能力試験N2レベル	総合点　90　／ 180

【志願者情報】

氏名	(フリガナ)	コクサイ	タロウ
	(漢字)	姓 国際	名 太郎
	(ローマ字)	KOKUSAI	TAROU

**PictureImage

国籍	○○国				
生年月日	2007年1月1日	性別	男	年齢	18

【日本における住所(日本国内居住者のみ)】

郵便番号	570−8555	都道府県	大阪府
守口市藤田町6-21-57			
電話番号	080−1234−5678	メールアドレス	12345678@gmail.com

【本国における住所(帰国時の住所)】

Address1	○○号室		
Address2	○○町○番−○号		
City	○○市	ZipCode	123−4567
Country/State	○○国	Phone	123−4567−8910

【在留資格と在留期限(日本国内居住者のみ)】

種別	留学
在留期限	2026年3月30日

【日本における緊急連絡先(本人と連絡がとれない場合の連絡先

氏名	(フリガナ)	コクサイ	タロウ
	(漢字)	姓 国際	名 太郎

郵便番号	123−4567	都道府県	○○国
○○市○○町○番−○号			
○○号室			
電話番号	123−4567−8910	本人との関係	父

出願登録番号	自動的に出力

【現在籍校】

現在籍校	○○日本語学校 ○○市･○○区 2024年4月～2026年3月　卒業見込

【学歴】

小学校	【学校名】○○小学校 【所在地】○○国、○○市、 【在籍期間】○○○○年○月～○○○○年○月　卒業
中学校	【学校名】○○中学校 【所在地】○○国、○○市、 【在籍期間】○○○○年○月～○○○○年○月　卒業
高等学校	該当する人のみ 【学校名】○○高校 【所在地】○○国、○○市、 【在籍期間】○○○○年○月～○○○○年○月　卒業
大学	【学校名】○○大学 【所在地】○○国、○○市、 【在籍期間】○○○○年○月～○○○○年○月　卒業
その他	該当する人のみ

【高等学校卒業後の履歴】

勤務先等	該当する人のみ

【家族構成】

住所	本国住所
家族構成	【名前】、【父】、【50】 【名前】、【母】、【48】

※オンライン入力により、この紙が作成されます。

出願登録番号	

SAMPLE

経費支弁者届出書

大阪国際大学学長　殿

大阪国際大学・大阪国際大学短期大学部への出願にあたり、下記のとおり、私の日本国在留中の経費支弁者および経費支弁方法について届け出ます。

記

（1）経費支弁者

住所	（例）ＵＳＡ
電話番号	+XX-XXX-XXXX
氏名	○○○○
関係	父

（2）学費について

回答	(例)半年ごと･50万円

（3）生活費について

回答	(例)90,000円

（4）支弁方法

回答	(例)本人の銀行口座に経費支弁者が定期的に振込

以上、相違ありません。

作成年月日：　西暦　　年　　月　　日

志願者氏名（国籍)：　　（　　）

志願者生年月日：　西暦　　年　　月　　日

出願登録番号	

※大学記入欄

志望理由書

→ （日本語で記入）

以上、志願者本人が記入し、内容に相違ありません

日付　　年　　月　　日

志願者の署名

健康診断書
Certificate of Health

フリガナ 姓　名 Name	生年月日　年　月　日生 Date of birth　Year　Month　Day	□ 男 Male □ 女 Female	国籍 Nationality
現住所 Address			血液型 Blood type

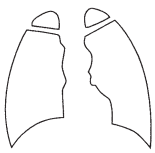
（以下は医療機関で記入）

エックス線検査 Chest X−ray Examination

撮影　年　月　日
Date of Examination

直接・間接 No.

Direct Indirect



所見
Describe the condition of applicant's lungs

視力 Eye sight	右 R	裸眼（Without Glasses）矯正（With Glasses） （　　）	
	左 L	裸眼（Without Glasses）矯正（With Glasses） （　　）	
聴力 Hearing	右 R	□ 正常 (Normal)	□ 異常 (Abnormal)
	左 L	□ 正常 (Normal)	□ 異常 (Abnormal)

医師所見
Please diagnose the applicant's heath and physical conditions.

その他の疾病及び異常
Please describe in detail if you find any other disease.

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。
I hereby certify that the above diagnosis is true and correct.

年　月　日
Date of Examination

住所（所在地）Physician's Address

医療機関名 Name of the Clinic　　㊞

医師名 Name of Physician　　Physician's Signature