

「2026JAL スカラシッププログラム」アプリケーションフォーム

記入日 年 月 日

写真

JPEG 形式

でデータ貼付

(参加者名簿、報告書で
皆さんと共有できるお写真を
お願いします。)

基本情報

名前(パスポート表記)

* アルファベットはパスポート表記の名前を記入してください。

Please fill in the alphabet column with the name as shown on your passport.

アルファベット

Tick Either ☐ 姓 Surname 名 Given Name Middle Name (if any)
☐ Full Name

カタカナ

姓 Surname 名 Given Name Middle Name (if any)

漢字 Kanji

(if any) 姓 Surname 名 Given Name Middle Name (if any)

プログラム中に呼んでほしいニックネーム

国籍

性別 ☐ 男 ☐ 女

生年月日

年齢

☐ その他

月 MM / 日 DD / 年 YY

パスポート番号

Date of Expiry:

現住所 (郵送に使用いたします。国名から郵便番号まで含めて、自宅のご住所を明確に記入してください。カタカナ使用不可。)

Print in English

(郵便番号 Zip-code :) Country/Region

電話 : (国/地域番号) +

FAX : (if Any) +

E-mail Address :

Any other Addresses for last minute communication before departure

(Skype ID, Wechat ID, Facebook, Line, Weibo, etc.) :

緊急時の母国の連絡先:

名前 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話(国番/地域番号)+ _____ FAX(If Any)+ _____

E-mail Address: _____

Skype ID, Wechat ID, Facebook, Line, Weibo, (for emergency contact)

学校名 _____ 学年 _____

専攻 _____

母国語 _____

日本語能力

日本語検定 () 級 () 年

日本語履修暦

☐ 討論ができる

☐ 日常会話ができる

☐ 片言

その他の外国語 (参考)

☐ 討論ができる

☐ 日常会話ができる

☐ 片言

☐ 討論ができる

☐ 日常会話ができる

☐ 片言

☐ 討論ができる

☐ 日常会話ができる

☐ 片言

健康状態

☐ 良い ☐ あまりよくない

常用の薬の有無 ☐ ある ☐ ない

(ある場合、具体的に記入) _____

アレルギー ☐ ある ☐ ない

(ある場合、具体的に記入)

☐ 動物など _____

☐ 医薬品 _____

☐ 食 物 _____

☐ その他 _____

食事制限の有無 ☐ある ☐ない (本プログラムの内容上、希望に添えない場合があります)

ある場合、具体的に記入してください。

<例： 豚肉、海老、卵、乳製品（ミルク、バター、チーズ）>

☐宗教上の理由 _____

☐アレルギー _____

☐その他 _____

好きな食べ物 _____

嫌いな食べ物、日本食で食べられない物 _____

飲酒 ☐お酒を飲む ☐お酒を飲まない ☐居住国・地域の法令で飲酒不可

喫煙 ☐煙草を吸う ☐煙草を吸わない ☐居住国・地域の法令で飲酒不可

★「健康状態」以下、「食事制限」、「食事好き嫌い」、「飲酒」「喫煙」などの質問項目は、日本での受け入れ準備に必要な情報であり、スカラー採用の可否には直接関係いたしませんので、正確なご記入をお願いいたします。

海外旅行経験

時期・期間	国名	目的
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

趣味・特技

将来の希望（職業など）

日本について興味のあること

[illegible]

本プログラムで学びたいこと、知りたいこと

[illegible]