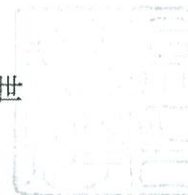


国際第 268 号  
2020年 3月23日

駐新潟大韓民国総領事館  
総領事 鄭美愛 様

新潟県知事 花角英世



2020年度県費留学生候補者の推薦について（依頼）

このことについて、別紙のとおり2020年度の県費留学生を貴国から受け入れる予定としております。

ついては、別紙「募集概要・必要書類等一覧」に基づき、関係書類を添付の上、2020年5月11日までに候補者の推薦をお願いいたします。

（候補者がいない場合は、その旨をお知らせください）

「研究（研修）希望調査」（様式5）及び卒業証明書については、事前に推薦予定者の研究希望科目が当県で受入れ可能かを審査する必要がありますので、希望科目が分かり次第 Email 又は FAX でお知らせください。

お問い合わせ先：

新潟県知事政策局国際課 桜井、山本

TEL：+81-(0)25-280-5962

FAX：+81-(0)25-280-5126

Email: sakurai.yuko@pref.niigata.lg.jp

yamamoto.takashi@pref.niigata.lg.jp

Postalcode:950-8570

Address:新潟県新潟市中央区新光町4-1

別紙

募集概要・必要書類等一覧

- 1 受入人数 学費支援型： 2名  
(入学検定料、入学金、授業料を新潟県が負担)
- 2 入学時期 2020年10月1日  
(予定) ※受入期間は1年間予定(ただし、もう1年間の延長可)
- 3 推薦書類
- |                           |    |
|---------------------------|----|
| (1) 推薦書(様式第1号)            | 1通 |
| (2) 履歴書(様式第2号)            | 1通 |
| (3) 写真(4cm×3cm)           | 4枚 |
| (4) 家族調書(様式第3号)           | 1通 |
| (5) 健康診断書(様式第4号)          | 1通 |
| (6) 研究(研修)希望調書(様式第5号)     | 1通 |
| (7) 最終学校の卒業証明書(日本語訳文を添付)  | 1通 |
| (8) 学業成績証明書(日本語訳文を添付)     | 1通 |
| (9) 各大学入学願書もしくは研究生調書      | 1通 |
| ※(6)の研究(研修)希望調書とは別に必要     |    |
| (10) 日本語能力検定試験2級以上の証書(写し) | 1通 |
| (11) 新潟県資料作成用調書           | 1通 |
- 4 受入条件 以下、すべての条件を満たすこと
- (1) 留学後帰国する場合は、帰国後に新潟県との交流促進を行う意欲があること(留学後に帰国を義務づけるものではありません)
  - (2) 現地での新潟県関連イベント等に協力できること
  - (3) 留学終了後、一定期間(3年程度)は定期的に近況を報告すること

## 新潟県資料作成用調書

氏名	日本語	
	自国語	
	ローマ字 In Roman block capitals	
生年月日		
出生地		
現住所		
職業		
本人が郵便 受取可能な住所		
電話	昼間	
	夜間	
FAX番号		
E-mailアドレス		
日本への渡航歴		
旅券	旅券の所持	あり      なし      (○をつけること)
	番号	
	発行年月日	
	有効期限	
	発行機関	
査証申請予定地(都市名)		

(様式1号)

推 薦 書

氏名

(男・女： 歳)

上記の者を、新潟県費留学生候補者として推薦します。

年 月 日

推薦者

印

新潟県知事 花角英世 様





(様式3号)

家 族 調 書

氏 名	年 齢	留 学 生 と の 続 柄	国 籍	職 業	備 考

\* 南米移住者の場合は、備考欄に世代（1世、2世等）を記入願います

### 健康診断書

(医師に記入してもらうこと)  
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

### CERTIFICATE OF HEALTH

(to be completed by the examining physician)  
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	Family name 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day

1. 身体検査 Physical examination			
(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)血圧 Blood pressure	mmHg~	(4)血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)			
	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 Year Month Day
		フィルム番号 Film No.	
	(1)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease
--	---

4. 既往症 Past illness/disorder	<input checked="" type="checkbox"/>	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	<input checked="" type="checkbox"/>	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".		結核 Tuberculosis			マラリア Malaria	
		その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy	
		腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease	
		糖尿病 Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy	
<input checked="" type="checkbox"/>	無し None	精神疾患 Psychosis			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

5. 検査 Laboratory tests							
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose		蛋白 protein		潜血 occult blood		
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU/l)	GOT (AST)	(IU/l)	γ-GTP	(IU/l)	

6. 医師の診断・意見 継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。 Physician's impression of the applicant's health Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.
--

7. 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十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 that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?
はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

日付 Date	年 月 日 Year Month Day	医師署名 Physician's Signature
検査施設名 Office/Institution	所在地 Address	

