

2026年度 明星大学「科目等履修生」志願書

(外国人留学生用)

1. 申請年月日等

申請年月日	(西暦)	年	月	日	明星大学在学時の 学籍番号
-------	------	---	---	---	------------------

2. 志望学部・在籍希望期間

志望学部・学科等		学部	学科	学系 コース
希望する	通年	<input type="checkbox"/> 通年 (4月1日～翌年3月31日)	※1 希望する在籍期間のいずれか1つに チェックをしてください。	
在籍期間※1	後期	<input type="checkbox"/> 後期 (9月19日～翌年3月31日)		

3. 志願者氏名・住所等

					写真貼付		
日本語カナ氏名					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 150px;"> 1.証明写真として撮影されたもの 2.正面半身脱帽 3.最近3か月以内撮影 4.縦4cm×横3cm・枠なし 5.白黒写真不可 </div>		
漢字氏名※2							
英字氏名※3							
生年月日 (西暦)	年	月	日生	年齢			歳
性 別	男 / 女	国 籍					
現住所※4							
連絡先 (携帯番号等) ※5			E-mail ※6	@			

※2 漢字氏名がない場合は、記入する必要はありません。

※3 英字氏名はヘボン式 (パスポートで使用する表記) で記載してください。

姓 (大文字) ・名 (頭文字のみ大文字) の順に記載してください。

※4 現住所欄には出願時の住所を記入してください。入学後に住所が変わった場合は、速やかに住所変更手続きを行ってください。

※5 日本国内で利用できる電話番号・携帯番号を記入してください。

※6 メールでご連絡することがあります。英数文字が正しく判別できるようご記入ください。

4. 学歴 (高等教育は、該当者のみ記入してください。)

		学校名 (省略不可)	コース	所在地 (国名)	在学期間	学位
初等教育	小学校				年 月～ 年 月迄	/
	中学校				年 月～ 年 月迄	
中等教育	高等学校				年 月～ 年 月迄	/
					年 月～ 年 月迄	
高等教育	大学				年 月～ 年 月迄	
	大学院				年 月～ 年 月迄	

5. 職 歴 (該当者のみ記入してください。)

	会社名 (省略不可)	所在地	職 種	在職期間
①				年 月～ 年 月迄
②				年 月～ 年 月迄
③				年 月～ 年 月迄

6. 本学での科目等履修歴（該当者のみ記入してください。）

本学での科目等履修歴					
新規 / 継続 / 継続外 (回目) ※該当するものに○をつけてください。					
過去に科目等履修生として在籍した期間・在籍学部学科・学籍番号（科目等履修生） ※新規の場合は記入不要です。					
在籍期間		在籍学部学科		在籍時の学籍番号	
(西暦)	年 月 ~ 年 月	学部	学科	—	
	年 月 ~ 年 月	学部	学科	—	
	年 月 ~ 年 月	学部	学科	—	
	年 月 ~ 年 月	学部	学科	—	

7. 日本語学校学習歴

	学校名（省略不可）	所在地	在籍期間
①			年 月 ~ 年 月迄
②			年 月 ~ 年 月迄
③			年 月 ~ 年 月迄

8. 日本滞在歴

	来日年月日	滞在期間	目的	在留資格
1回目	年 月 日	年 ヶ月		
2回目	年 月 日	年 ヶ月		
3回目	年 月 日	年 ヶ月		
直 近	年 月 日	年 ヶ月		
現 在	年 月 日	滞 在 中		

9. 家 族（本人以外）

氏 名	続柄	年齢	住所

以上

【教務事務センター処理欄】

学籍担当	受付

2026年度 科目等履修生 履修希望科目一覧

※各科目の授業内容は本学Webシラバスを参照のこと。(明星大学公式Webサイト > 学内者向け情報 > シラバス)

1. 志願者氏名等

志願者氏名	
志願学部学科等	学部 学科 学系/コース

2. 取得を希望する免許状及び諸資格 ※該当するものに○をつけてください。()内に免許の教科を書いてください。

幼稚園教諭1種	小学校教諭1種	中学校教諭1種 () ()
高等学校教諭1種 () ()	保育士	
図書館司書	学校図書館司書教諭	博物館学芸員

3. 履修を希望する科目

※曜日・時限は、3月下旬に公表する時間割表を確認した後に記入していただきます。出願時は空欄としてください。

※教員免許状・保育士に関する科目を履修希望する場合は、必ず、出願前に【教職事務センター】で指導を受けたうえで、担当職員より確認欄に押印を受けてください。

No.	開講期 (該当するものに○をつけてください)	曜日	時限	授業科目名	教員名	単位数	教職事務センター 確認欄
1	通年 / 前期 / 後期						
2	通年 / 前期 / 後期						
3	通年 / 前期 / 後期						
4	通年 / 前期 / 後期						
5	通年 / 前期 / 後期						
6	通年 / 前期 / 後期						
7	通年 / 前期 / 後期						
8	通年 / 前期 / 後期						
9	通年 / 前期 / 後期						
10	通年 / 前期 / 後期						
11	通年 / 前期 / 後期						
12	通年 / 前期 / 後期						
13	通年 / 前期 / 後期						
14	通年 / 前期 / 後期						
15	通年 / 前期 / 後期						
合 計				科目数	科目	単位数	単位
科目等履修料				単位 × 7,500円 =		円	

※別途、登録料(10,000円)が必要です。

【大学処理欄】※志願者は記入不要です。

(学科主任)

印

2026年度 明星大学 科目等履修生 誓約書・同意書 (外国人留学生用)

明星大学学長 殿

私は、明星大学科目等履修生として入学を希望するにあたり、以下の事項について、誓約するとともに同意します。

【誓約事項】

◇明星大学の建学の精神に従い、法令及び学則等諸規程を遵守し、学生としての本分を全うします。

【同意事項】

◇学則・諸規程に反する行為があった場合、その責を負い、いかなる処分をうけても異存ありません。

◇「明星大学における学生個人情報の取扱いについて」に記載されている個人情報の内容や利用目的等を理解し、その取扱い及び第三者提供について同意します。

記入年月日	(西暦)	年	月	日
志望学部等	学 部	学 科	学 系 等	
氏 名 (自署)				
連絡先 (携帯電話)	—	—		

(保証人) ※

私は、上記の者の身元を保証するとともに、在学中の保証人として、以下の事項に同意します。

【同意事項】

1. 上記の者に、法令及び本学学則その他諸規程を遵守させ、学生の本分を全うさせます。
2. 上記学生の学籍異動（休学・退学・除籍・復籍等）の手続を行う場合、書面に連署します。
3. 上記の者の科目等履修料債務に関し、225,000円を極度額として保証の責を負います。
4. 明星大学から上記の者に連絡がつかない場合、上記の者に代わり、明星大学からの連絡を受け取り、対応します。また、必要に応じて来学します。
5. 「明星大学における学生個人情報の取扱いについて」に記載されている個人情報の内容や利用目的を理解し、その取扱いについて同意します。

記入年月日	(西暦)	年	月	日
保証人氏名 (署名捺印)		㊞	上記の者 との関係	
保証人住所				
連絡先 (携帯電話)	—	—		

※「保証人」になることができる者は、以下のいずれかに該当する者とする。

- ア) 日本国内に居住している日本国籍を有する20歳以上の者
- イ) 明星大学の専任教員

以上

2026年度 明星大学 科目等履修生
経費支弁書 (外国人留学生用)

明星大学学長 殿

志望学部学科等	学 部	学 科	学 系 等
志願者氏名			
生年月日	(西暦)	年	月 日 生

私は、この度、上記の者が明星大学に入学した場合の経費支弁者になりましたので、下記の通り経費支弁について誓約します。

記

記入年月日	(西暦) 年 月 日		
上記の者との続柄 ※1			
経費支弁者氏名 (署名捺印)			印
経費支弁者 住所			
連絡先 (携帯電話)	— —		
経費支弁額	科目等履修料	月額	円
	生活費	月額	円
経費支弁の方法 ※2	<input type="checkbox"/> 外国からの送金 <input type="checkbox"/> 外国からの携行 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※1 経費支弁者と志願者との関係(父・母・叔父等)を記載してください。

経費支弁者が志願者本人の場合は、「本人」と記入してください。

※2 該当する項目に、チェックを入れてください。


以上

健康診断証明書（明星大学提出用）

1. 本人記入欄（志願者本人が予め記入し、医療機関に提出してください。）

氏名	
生年月日 (西暦)	年 月 日生
志望学部学科	

2. 医療機関記入欄

身長	c m		胸部エックス線所見 
体重	k g		
視力	右	()	
	左	()	
血圧	/		
検尿	糖 () 蛋白 ()		
聴力			健康 ・ 要観察 ・ 要医療
備考			

診断の結果、上記の通り間違いないことを証明する。

診断日 20 年 月 日

住所

医療機関名

医師の氏名

