

2026 JET PROGRAMME APPLICATION FORM

第 40 期 J E T プログラム応募申請書

INSTRUCTIONS (記入上の注意)

1. The application should be typed if possible, or neatly handwritten in block letters. (明瞭に記入すること。)
2. Numbers should be in Arabic numerals. (数字は算用数字を用いること。)
3. Dates should be formatted as YYYY/MM/DD. (日付はすべて西暦とすること。)
4. Proper nouns should be written in full and not abbreviated. (固有名詞はすべて正式な名称とし、一切省略しないこと。)

** The use of personal information submitted by applicants during the application period is limited to Programme selection, placement, travel arrangement, and orientation use by the Embassies and Consulates of Japan; Ministry of Internal Affairs and Communications (MIC); Ministry of Foreign Affairs (MOFA); Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT); CLAIR; contracting organisations, including host prefectures and designated cities; and private contracting companies in charge of services related to the management of the Programme.*

The personal information (name, date of birth, nationality, email address) of those selected as JET Programme participants may also be made available to JET Alumni Associations (JETAA) for use in providing information during and after Programme participation.

*Personal information may also be shared with the aforementioned organisations after the arrival of participants in Japan for administrative matters (**) in cases of emergency or early termination of participation on the Programme.*

*** Specific details about relevant administrative matters are listed below:*

- 1) Replacement of a participant in the case of early termination of participation
- 2) Settlement of insurance matters and financial discrepancies
- 3) JET Accident Insurance contract and management-related matters
- 4) Amendment of the list of participants
- 5) Response to an emergency situation
- 6) Other procedures necessary for the smooth management of the Programme

※本申請書に記載された個人情報については、在外公館、総務省、外務省、文部科学省、CLAIR、都道府県、政令指定都市、任用団体及びJET プログラムに係る業務受託者に提供され、選考、配置、渡航、オリエンテーションの実施及びJET プログラムの運営(※)のために使用される。

JET プログラムに参加することとなった者の個人情報のうち氏名、生年月日、国籍、メールアドレスは、プログラム参加中や終了後の各種情報提供に使用するために、元JET 参加者の会(JETAA)及びその支援団体に提供される場合がある。

また、任用後に緊急事態が発生した場合又は参加期間途中において中途退職する場合にも、その時期、理由等を上記関係各機関に連絡することがある。

※ ここでいうJET プログラムの運営とは、具体的に以下のことを指す。

- 1) 中途退職者の補充業務
- 2) 各種負担金の請求・払戻業務
- 3) JET 傷害保険に伴う契約や管理
- 4) JET プログラム参加者リストの更新
- 5) 緊急事態が生じた場合の対応
- 6) その他JET プログラムの円滑な運営に必要な業務

1. Position Type for Which You Are Applying (応募職種)

- ☐ ALT (Assistant Language Teacher) (外国語指導助手)
- ☐ CIR (Coordinator for International Relations) (国際交流員)
- ☐ SEA (Sports Exchange Advisor) (スポーツ国際交流員)

2. Interview Location (面接地)

--	--	--	--

* Using Chart 1 of the chart sheet, please enter the four-digit code and name of the location where you would like to be interviewed. If your location is not listed, enter its name in full. Regardless of where you are now living, you must have an interview at an Embassy or Consulate of Japan in the country whose nationality you possess.

※チャート1に記された4桁の面接地コード及び名称を入力すること。リストにない場合は具体的な名前を記入すること。現在の居住地に関わらず、応募者の国籍国の日本大使館または総領事館で面接を受けなければならない。

3. Name (氏名)

Last Name (姓)

First Name (名)

Middle Name (ミドルネーム)

* Please write your name exactly as it appears on your passport. (※パスポートと同じ名前を記載すること。)

中国からの応募者のみ：漢字表記も記載すること。

For Chinese applicants only: Please write your name in Chinese characters.

(姓)

(名)

4. Sex (性別)

☐ Male (男)

☐ Female (女)

☐ Other (その他)

* There may be procedures in Japan for which you will be required to select either 'male' or 'female' for gender.

※日本国内での手続きでは、性別において男性か女性を選択する必要がある場合がある。

5. Date of Birth (生年月日)

Year (年) Month (月) Day (日)

Age (as of 1 April 2025)
(年齢 2025 年 4 月 1 日現在)

6. Nationality (国籍)

6a. Nationality (国籍)

--	--

* Using Chart 2 of the chart sheet, please enter the two-letter code and name of your nationality. If your nationality is not listed, enter only its name in full.

※チャート2に記された2桁の国籍コード及び名称を入力すること。リストにない場合は具体的な名前のみを記入すること。

6b. Dual Nationality (二重国籍の有無)

Do you possess dual nationality with Japan?

(日本との二重国籍の有無)

☐ Yes (はい)

☐ No (いいえ)

* Japanese nationality does not expire automatically at any age—formal renunciation is required

** If yes, failure to submit renunciation paperwork by the deadline may result in disqualification. For details and the deadline, please refer to the Application Guidelines and contact the Embassy or Consulate of Japan.

※日本国籍は、年齢に関わらず自動的に消滅せず、正式な届出による離脱が必要となります。

※該当する場合、離脱の届出を締切までに提出しなければ、失格となることもあるので、ご注意ください。

国籍離脱の届出の詳細及び締切日については、募集要項をご参照し、在外公館にご連絡ください。

7. Home State and Hometown (place of longest residence) (出身州・出身地：最も長く住んでいた場所を記入すること。)

--	--	--	--

Home State (出身州)

Hometown (出身地)

* Using Chart 3 of the chart sheet, please enter the abbreviation and name of your home state and hometown/province/county/district. If no abbreviation is listed, enter only its name in full.

※チャート3に記された3桁の出身州等の略語及び名称を入力すること。リストにない場合は具体的な名前のみを記入する。

8. Current Address, Telephone Number, and Email Address (現住所及び電話番号、Email アドレス)

Current Address (現住所) :

Telephone Number (電話番号) :

Email Address (Email アドレス) :

* If possible, write an email address which you expect to use continuously before you come to Japan, during your stay in Japan, and after you return home. Please refrain from using a university (.edu, .ac, etc.) or other temporary email address.

※可能な限り、来日前から日本滞在中、帰国後においても使い続けることが予想される Email アドレスを記入すること。「.edu」、「.ac」のような大学のアドレスや一時的に使用しているアドレスは記入しないこと。

9. Criminal History (犯罪歴)

Have you ever been arrested, charged, or convicted of any crime (including juvenile offences and those which you believe to have been expunged or otherwise removed from your record), other than a minor traffic offence (i.e., speeding or parking ticket)?

スピード違反、駐車違反等の軽微な交通違反を除き、これまでに何らかの犯罪で逮捕され、起訴または有罪となったことがあるか (記録から抹消されていると考えられるものや青少年犯罪を含む)

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

* If yes, please explain in detail on a separate sheet, providing information regarding the nature and date of the crime. Please also submit a copy of your complete criminal record which documents the incident as of the time of submitting this application. Failure to report items in this question, even those which you believe to have been expunged or otherwise removed from your record that later show up on your criminal history, may result in disqualification.

※該当する場合は、応募時に犯罪の性質、日時等に関する詳細な情報を記載した別紙を提出し、更に (無) 犯罪証明書も添付すること。記録から抹消されていると考えられるものについても、申請が無ければ、後日記録が明らかになった場合、虚偽の申請をしたとして失格となることもある。

10. Current Occupation (現職)

Occupation (現職) :

University or Employer (在籍大学名又は勤務先名) :

11. Educational Background (学歴)

11a. Academic Degree (学位)

* If you are going to graduate this year, check the degree you are going to earn.

※今年度卒業見込者は取得見込みの学位を選択。

☐ Bachelor's Degree (学士) ☐ Master's Degree (修士) ☐ Doctorate Degree (博士)

11b. Academic Specialisation / Major (専攻科目)

* Using Chart 4 of the chart sheet, please enter an appropriate two-digit code and name for your specialization (major).

※チャート4に記載された2桁の専攻科目コード及び名称を記入のこと。

--	--

If you specialised in two or more subjects (double-major) or had a sub-specialisation (minor), please write them (code and name) below.

専攻が2つ以上または副専攻がある場合はコード及び名称を記入すること。

☐ Major (専攻) ☐ Minor (副専攻)

☐ Major (専攻) ☐ Minor (副専攻)

11c. Academic Record (学歴)

High School Graduation Date (高校卒業年月) _____

Higher Education Level (高等教育レベル)	Name of Institution and Location (学校名及び所在地)	Dates Attended (在学期間)	Duration of Attendance (修学年数)	Major Field of Study (専攻科目)	Degree/Diploma, Date Earned or Expected (学位, 取得/取得予定時期)
		From To			
		From To			
		From To			

* Please provide an official transcript of all courses taken at your undergraduate college/university and postgraduate school.

※大学及び大学院で履修した全てのコースの成績証明書を添付のこと

12. Employment History (職歴)

* Begin with your most recent place of employment. Include part-time jobs.

(※直近のものから順に。アルバイトを含む。)

Name of Employer and Location (勤務先及び所在地)	Period (期間)	Job Title (役職)	Job Description (職務内容)	Hours per Week (1週間当たりの時間数)
	From To			
	From To			
	From To			

13. Teaching/Coaching Background (教職歴及びコーチ歴)

13a. Teaching Background (for ALTs and CIRs only) (教職歴 : ALT 及び CIR のみ)

	Name of Organisation and Location (機関名及び所在地)	Period (期間)	Job Title (役職/レベル)	Job Description (職務内容)	Hours per Week (1 週間あたりの時間数)
Classroom Teaching (教室での教職歴)		From To			
Other Teaching or Tutoring (その他の教職歴)		From To			

	Name of Organisation and Location (機関名及び所在地)	Period (期間)	Course Description (訓練内容)
Teacher Training (教職訓練の経験)		From To	

Do you possess the following?

Teacher Certification (教職資格) ☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

TEFL/TESL/TESOL Qualification (TEFL, TESL, TESOL 資格)

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ) ☐ In Progress (取得途中)

13b. Coaching Background and Qualifications (for SEAs only) (コーチ歴 : SEA のみ)

Institution/Club (機関またはクラブ等)	Period (期間)	Sports (スポーツ種目)	Grade/Level (グレード・レベル)
	From To		
	From To		

Career/Award(s) in the Sports Mentioned Above (for SEAs only) (スポーツの競技歴・表彰歴 : SEA のみ)

Dates (日付)	Career/Award(s) Achieved (競技歴・表彰歴)

14. Future Career Goals and Connection to the JET Programme
(将来のキャリア目標及び本プログラムとの関連性)

15. Japan-Related Studies (日本に関する学習・研究歴)

	Name of Institution and Course Title (機関及びコース名)	Period of Study (学習期間)	Content (学習内容)
Study of Japanese Language (日本語学習歴)			
Study of Japanese History, Culture, etc. (日本史・日本文化等の学習)			

16. Japanese Language Proficiency: Evaluate your level and insert an 'X' where appropriate in the following blank spaces. (日本語能力を自己評価の上、該当欄に「×」印を記入すること。)

	Advanced (上級)	Semi-Advanced (準上級)	Intermediate (中級)	Elementary (初級)	Introductory (入門)	None (不可)
Reading (読む能力)						
Writing (書く能力)						
Speaking (話す能力)						
Listening (聴く能力)						

Introductory: Familiar with basic greetings and conversations and has previous experience with *hiragana* and *katakana*.

Elementary: Mastered elementary level of grammar, about 100 kanji and 800 words, and demonstrates the ability to listen to and understand simple conversations and to read short, simple sentences.

Intermediate: Mastered basic grammar, about 300 kanji and 1,500 words, and demonstrates the ability to listen to and understand everyday conversations and to read simple sentences.

Semi-Advanced: Mastered grammar to a relatively high level, about 1,000 kanji and 6,000 words, and demonstrates listening and reading comprehension ability about matters of a general nature.

Advanced: Mastered grammar to a high level, about 2,000 kanji and 10,000 words, and has an integrated command of the language sufficient for life in Japanese society and for providing a useful base for study at a Japanese university.

Certification of Japanese Language Proficiency (日本語能力試験等の日本語資格)

Name of Certification and Level (資格と取得級) : _____

Date Earned (取得日) : _____

* Please attach certification documents (if any) (可能であれば証明書を添付のこと)

17. Language Proficiency (言語能力)

(a) First Language: Please write your first language.

(第一言語を記入すること。)

(b) Other Language Proficiency: Evaluate your level and insert an 'X' where appropriate.

(その他の言語能力を自己評価のうえ、該当欄に×印を記入すること。)

Other Language (その他の言語)	Advanced (上級)	Semi-Advanced (準上級)	Intermediate (中級)	Elementary (初級)

18. International/Intercultural Experience (国際経験) (at home or abroad) (国内外)

Country (国)	Purpose (目的)	Dates (期間)
		From To
		From To
		From To

19. Other Activities (その他の活動)

(a) Honours, Awards, Scholarships, etc. (表彰等)

(b) Extra-Curricular/Volunteer Activities, Interests/Hobbies/Sports

(課外活動・ボランティア活動、関心・趣味・スポーツ等)

20. Are you applying for other international exchange programmes or scholarships?

(その他の国際交流プログラムや奨学金へ応募しているか?)

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

If yes, please provide details below. (もしあるなら詳細を記入すること)

21. Have you ever participated in the JET Programme? (過去に JET プログラムに参加したことがあるか)

☐ Yes (はい)

Participation Period (期間) : _____

Contracting Organisation (任用団体) : _____

☐ No (いいえ)

☐ I have applied to the JET Programme. Year(s) of application: _____

(JET プログラムへ応募したことがある。何年に応募したか。)

☐ I have withdrawn my intention of participating on the JET Programme after assignment of contracting organisation.

At the following point in the application process and due to the following reason(s):

(配置決定後に JET プログラムを辞退したことがある。時期と辞退理由は以下のとおり)

22. Marital Status (婚姻状況) ☐ Single (未婚) ☐ Engaged (婚約中) ☐ Married (既婚)

23. Provide the following information if you plan to bring or live with a spouse/partner or children in Japan.

(配偶者・パートナーまたは子を日本に同伴する、または同居する予定がある場合は、同伴者・同居者の以下の情報を記入すること。)

* Please fill in this information accurately, as it is required for placement. In addition, please be aware that only spouses/partners and children with whom you have a verifiable legal relationship with can qualify as accompanying dependents.

※配置先での受け入れにあたって必要な情報となるので、正確に記入すること。また、同伴扶養家族として認められるのは、法的に関係性を証明できる配偶者・パートナー及び子のみであることにご留意ください。)

Name (氏 名)	Relationship (続 柄)	Age (年 齢)	Sex (性別)	JET Status * (JET 参加状態※)

* Please specify whether they are currently an 'Applicant', 'Participant', or 'N/A' if not applicable.

※現在「申請者」「参加者」のいずれかを、該当しない場合は「該当なし (N/A)」を記入すること。

24. Do you possess a full driving licence? (運転免許の有無)

* Participants with a full driving licence may be required to operate a motor vehicle as part of their work duties.

** Please check 'No' if you only possess a motorcycle licence and do not have a full driving licence.

※運転免許の保有者は、業務の都合上、自動車の運転を求められる場合があります。)

※オートバイの運転免許のみ保有し、自動車の運転免許を保有していない場合は No にチェックしてください。)

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

25. Placement Preference (配置希望)

* JET participants are assigned to contracting organisations all over Japan. Please note that your placement may not align with your preferences.

※JET プログラム参加者は日本各地の任用団体に配置されます。配置は必ずしも希望通りになるとは限りません。

(a) Living Area Classification Preference (希望エリア)

☐ Island (島嶼) ☐ Rural (地方) ☐ Urban (都市部) ☐ No Preference (希望なし)

* Please select only one.

※いずれか1つにチェックしてください。

(b) Block/Prefecture/Designated City Preference (希望場所)

	Block (地区)		Prefecture/ Designated City (県・市)		Reason (理由)
	Code コード	Name 名称	Code コード	Name 名称	
First Choice 第一希望					
Second Choice 第二希望					
Third Choice 第三希望					

* Using Chart 5 on the chart sheet, please denote your preference using either a single-letter block code (A–H or N) followed by a two-digit code (01–67; for a specific prefecture/designated city) or a single-letter block code alone (for a region). Please also fill in the names of your preferences.

** If you wish to engage in disaster-recovery volunteer activities, please indicate so above.

※チャートシートのチャート5を使用し、地区コード(A～H,N)に県・市コード(01～67)及び名称を続けて入力(特定の都道府県・政令指定都市を選択する場合)若しくは地区コード(A～H,N)及び名称を入力(地域を選択する場合)し、ご希望の地域をご指定ください。

※災害復興ボランティア活動に従事することを希望される場合は、上記にその旨をご記入ください。

(c) Specific Request for Placement (e.g. Medical Reasons, Family Members in Japan)

(配置に関する特別な要請(医療上の理由、家族の理由等))

26a. Interest in Work Related to International Economic Exchange Affairs (for CIR Applicants only)

(国際経済交流分野への関心：CIR応募者のみ)

Are you interested in work related to international economic exchange affairs, such as cooperating or advising on planning, designing and implementing international economic exchange projects (e.g. expanding the overseas market for local products, attracting foreign tourists to Japanese localities), etc.?

* Assignments may not necessarily be made according to your preference.

地域産品の海外販路拡大や外国人観光客の誘致などの国際経済交流事業の企画・立案及び実施に当たっての協力・助言等、国際経済交流分野で活動することへの関心はありますか。

※配置は必ずしも希望通りになるとは限りません。

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

26b. ALT Placement (ALT の配置希望)

* For CIR Applicants from Australia, Canada, Ireland, New Zealand, Singapore, the United Kingdom, the United States, and the Philippines only

※英語圏 CIR 応募者のみ

If you are not offered a CIR position but are still eligible as an ALT applicant, would you like to be considered for an ALT position?

CIR には選ばれなかったが、ALT 志願者としての応募資格がある場合、ALT としての参加を希望しますか。

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

26c. Early Arrival Placement (For ALT and CIR Applicants from Australia, Canada, Ireland, New Zealand, Singapore, the United Kingdom, the United States, only; and only for ALT Applicants from South Africa, Barbados, Jamaica, Trinidad and Tobago)

(4 月 (以降早期) 来日の希望 : 英語圏 ALT 及び CIR 応募者のみ)

If you are offered an early placement in or after April but before the designated summer arrival dates, would you like to accept the position?

早期の配置を必要とする団体から要望がある場合、4 月来日または早期来日に同意しますか。

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

* If you select 'Yes', please bear in mind the following:

- You must submit your Criminal Record and Certificate of Health to the Embassy or Consulate at the time you submit this application.
- The time between receiving notice of your placement to departure is very short, only one month. Early Arrival Placement participants may be asked to depart anytime between 7 April and 26 July.
- Please note that the answer to this question will not influence the selection results. Answering 'Yes' and later withdrawing from Early Arrival Placement will result in your disqualification, so please consider your response carefully.

※4 月 (以降早期) 来日を希望する場合は、以下の点に留意してください

- 応募時に犯罪歴証明書と健康診断書を大使館又は総領事館に提出してください。
- 採用通知から出発までの間は 1 か月と非常に短く、早期来日の場合は 4 月 7 日から 7 月 26 日の間、いずれの日も出発日となりうる可能性があります。
- この回答が選抜結果に影響することはありません。また、辞退した場合は参加資格を失うことから、回答については慎重を期してください。

27. Where did you hear about the JET Programme? (JET プログラムをどこで知ったか)

<input type="checkbox"/> Professor/Advisor/Instructor	<input type="checkbox"/> Magazine Advertisement	<input type="checkbox"/> TV
<input type="checkbox"/> Placement Office	<input type="checkbox"/> Magazine Article	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Former JET Participant	<input type="checkbox"/> Newspaper Advertisement	<input type="checkbox"/> Poster
<input type="checkbox"/> Current JET Participant	<input type="checkbox"/> Newspaper Article	<input type="checkbox"/> Career Fair
<input type="checkbox"/> Embassy/Consulate	<input type="checkbox"/> Internet Advertisement	<input type="checkbox"/> JET Alumni
<input type="checkbox"/> Campus Visit	<input type="checkbox"/> Internet Article	<input type="checkbox"/> Kenjinkai: _____
<input type="checkbox"/> Social Media: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____	

28. Emergency Contact Information (緊急の際の連絡先)

i) Full Name of Emergency Contact (緊急時の連絡者氏名):

ii) Address (住所):

Telephone Number (電話番号):

Email Address (E メールアドレス):

iii) Occupation (職業):

iv) Relationship to Applicant (本人との関係):

29. Please fill out the attached 'Self-Report of Medical Conditions'. If you currently have or have ever had any physical or mental conditions, please provide details and, if applicable, attach a Statement of Physician form filled out by your physician stating whether you are fit to participate on the JET Programme and to live and work overseas.

(「健康状態自己申告書」を記入のこと。身体及び精神の病歴がある場合は、その詳細と、JET プログラムへの参加と海外での生活及び就労が可能である旨の医師の診断書を添付のこと。)

① *I, the undersigned, certify that the above statements concerning myself and my background are true and accurate to the best of my knowledge, and that I have read and agree with the Application Guidelines. Furthermore, if I am selected as a Coordinator for International Relations, Assistant Language Teacher, or Sports Exchange Advisor, I agree to abide by Japanese laws and regulations and the regulations of my contracting organisation. I agree to carry out my duties to the best of my ability, as well as not to engage in any activities prohibited by the terms and conditions of my appointment. I understand that during my appointment I must not participate in any religious or political activities which would affect my duties or do anything to disturb the public peace.*

(私は、私自身及び経歴に関する上記事項が正しいものであり、私の知る限り正確なものであることを証明します。私は、募集要項の内容をよく理解し、これに同意します。更に、国際交流員、外国語指導助手又はスポーツ国際交流員として合格した際には、日本国法令及び受け入れ団体の規則を遵守し、最善を尽くして職務に専念し、職務又は日本の社会秩序に影響を及ぼすような宗教的又は政治的活動を行わないことを誓約します。)

② *I, the undersigned, acknowledge that, in accordance with the provisions set forth in the Application Guidelines, I am obligated to promptly notify the appropriate Embassy or Consulate of Japan of any changes or updates to the personal information provided in this Application Form, the Self-Report of Medical Conditions, and all other application materials, including but not limited to changes in health status, marital status, or nationality.*

(私は、募集要項に定められた規定に従い、本申請書、「健康状態自己申告書」、及びその他の申請書類に記載した個人情報(健康状態、婚姻状況、国籍を含むが、これらに限られない)に変更が生じた場合には、速やかに関係する在外公館にその旨を報告する義務があることに同意します。)

I hereby confirm my agreement to the terms outlined in items ① and ② above.
(上記①及び②の事項に同意することをここに確認します。)

Date of Application (YYYY/MM/DD):
(申請年月日)

Applicant's Signature:
(申請者署名)

THE JAPAN EXCHANGE AND TEACHING PROGRAMME 2026 SELF-REPORT OF MEDICAL CONDITIONS

(健康状態自己申告書)

Name of Applicant: _____

(as printed on passport)

Last Name (氏)

First Name (名)

Middle Name (ミドルネーム)

(参加者氏名)

Interview Location: _____

(面接地)

Date of Birth: _____

(生年月日)

(yyyy / mm / dd)

Your application cannot be processed without this form. It is important that you submit accurate information regarding your medical history. This information will be used when assigning your placement, as well as in serving as a quick reference should any medical emergencies arise while you are participating in the Programme.

If you currently have or have ever had any physical, mental, or developmental conditions, please attach an explanation from your physician using the 2026 Statement of Physician form stating whether you are fit to participate in the 2026 JET Programme and, as such, to live and work overseas.

(この書類の提出がないと、応募申請手続きが進められません。病歴について、正しい情報を提出することが重要です。この情報は、配置先の決定やJET参加期間中に医療的な緊急事態が起こった際に参照するために使用されます。)

もし、過去もしくは現在に身体的・精神的・発達の病歴を有する場合には、2026年度のJETプログラム参加、ないしは海外で生活し、働くことに問題がないか否かを明記した2026年度版の医師の診断書を添付してください。)

1. Current Treatment of Any Physical Conditions (健康状態に係る現在の治療)

Are you currently seeing a physician and/or undergoing treatment (other than for acne, common colds, fevers, routine visits to OB/GYN facilities, or consultations for contraception)? If yes, you must provide details below as to when, why, and for how long you have been receiving treatment AND have your doctor fill out the Statement of Physician.

(現在通院や治療・薬物治療を受けているか(ニキビ、風邪、発熱、婦人科または避妊の相談を除く)。該当する場合、詳細(時期、事由、治療の期間など)を明記し、医師の診断書を添付すること。)

2a. Ongoing Physical Condition(s) (引き続いている健康状態)

Have you ever been treated for any serious diseases, injuries, and/or medical conditions, including but not limited to heart disease, blood disease, autoimmune disease, cancer, epilepsy, congenital disease, recurrent disease, or any other disease, injury, or medical condition involving chronic or lifelong effects? If yes, you must provide details below AND have your doctor fill out the Statement of Physician.

(過去に心疾患、血液疾患、自己免疫疾患、がん、てんかん、先天性疾患、再発性のある病気、キャリア状態の病気(肝炎等)、現在に後遺症が残る病気及び怪我を含む深刻な病気や怪我または病態で治療を受けたことがあるか。該当する場合には、詳細を明記し、医師の診断書を添付すること。)

2b. Serious Condition(s) in the Past Five (5) Years (過去5年における深刻な健康状態)

Other than those stated in 1 and 2a, have you had any serious diseases, injuries, and/or medical conditions in the past five years? If yes, please provide details below as to when, why, and for how long you received treatment, and if any of these resulted in hospitalisation, have your doctor ALSO fill out the Statement of Physician.

(1及び2aに明記した以外で、過去5年間にどのような深刻な病気、怪我または病態となったか。詳細(時期、事由、治療の期間)を以下に明記し、入院した場合には、医師の診断書を添付すること。)

3a. History of Mental Health or Developmental Disorders in Your Lifetime

(精神疾患・発達障害に関する病歴)

Have you **ever** been diagnosed with any mental health disorders (such as anxiety, depression, eating disorders, etc.) or developmental disorders (including ADD/ADHD, autism, etc.)? If yes, even if it was a minor case or a condition you have recovered from, you must provide diagnosis and treatment details below AND have your doctor fill out the Statement of Physician. Please note that we may contact your consulate or embassy if further information is required.

Note: Please enter details about learning disabilities such as dyslexia in 4.

(過去に精神疾患(例: 不安症、鬱病、摂食障害等)または発達障害(例: ADD/ADHD、自閉症等)に診断されたことがあるか(軽度の疾患、完治・寛解した疾患を含む)。もしある場合、診断や治療の詳細を明記し、医師の診断書を添付すること。なお、必要時には在外公館への問い合わせを行う旨をご了承ください。)

※ディスレクシア(失読症)などの学習障害については、第4問に記載してください。)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiety
(不安症) | <input type="checkbox"/> Depression
(うつ病) | <input type="checkbox"/> Obsessive-Compulsive Disorder
(OCD・強迫神経症) |
| <input type="checkbox"/> Bipolar Disorder
(双極性障害) | <input type="checkbox"/> Eating Disorder
(摂食障害) | <input type="checkbox"/> Post-Traumatic Stress Disorder
(PTSD・心的外傷後ストレス障害) |
| <input type="checkbox"/> Gender Dysphoria
(性別違和) | <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder
(ASD・自閉症) | <input type="checkbox"/> Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder
(ADD・ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Tic Disorder/Tourette Syndrome
(チック症・トゥレット障害) | <input type="checkbox"/> Other ()
(その他) | |

3b. Counselling / Therapy / Psychiatry (カウンセリング・セラピー・精神科診察)

If you are **currently** receiving, or have received in the **last five years**, therapy or similar services, please indicate the following details, as well as any other relevant information.

(現在または過去5年間にセラピー等を受けている場合、以下の事項に加え、その他の関連情報を記載すること。)

Format (形式) (check <u>all</u> that apply)	Frequency (頻度)	Period (期間) (See instructions below*)	Purpose (目的)
<input type="checkbox"/> Remote (遠隔)	_____ times / _____	Start:	
<input type="checkbox"/> In-person (対面)	_____ times / _____	End:	
<input type="checkbox"/> Remote (遠隔)	_____ times / _____	Start:	
<input type="checkbox"/> In-person (対面)	_____ times / _____	End:	
Additional Entries (追加の記入欄)			

* Write 'present' after 'End:' if currently taking. (使用中の場合、「End:」欄に「現在」を入力すること。)

4. Learning Disabilities (学習障害などについて)

If you have learning disabilities (such as dyslexia), please provide details.

Please include whether you receive current treatment or require current support for these conditions, as well as details of any complications or educational support needs (i.e. for reading and writing handwritten/typed text).

(ディスレクシア(失読症)などの学習障害がある場合は、詳細を以下に明記すること。特に、現在治療を受けているか、現在支援を必要としているか、又は手書き及びタイプされた文字の読み書きにおいて特殊事情や教育的支援が必要な場合は、その詳細をご記入ください。)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dyslexia
(ディスレクシア・失読症) | <input type="checkbox"/> Dysgraphia
(ディスグラフィア・書字障害) | <input type="checkbox"/> Dyscalculia
(ディスカルキュリア・算数障害) |
| <input type="checkbox"/> Dyspraxia
(ディスプラキシア・統合運動障害) | <input type="checkbox"/> Auditory Processing Disorder
(聴覚情報処理障害) | <input type="checkbox"/> Language Processing Disorder
(言語処理障害) |
| <input type="checkbox"/> Other ()
(その他) | | |

5. Eyesight and Hearing (視力と聴力について)

Are you colour blind, or do you have any disabilities related to your eyesight or hearing (excluding the ordinary use of prescription glasses and contact lenses to correct vision)? If yes, please provide details.

(色盲、視覚障害、聴覚障害で該当するものがあるか(眼鏡、コンタクトレンズの使用により矯正済みの場合を除く)。該当する場合は、詳細を明記すること。)

☐ Colour Blind (色盲) ☐ Visually Impaired (視覚障害) ☐ Hearing Impaired (聴覚障害)

If you provided information above and have a driving license, does this affect your ability to drive?

(もし上記に該当し、運転免許を所持している場合、運転能力に影響はあるか。)

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

6. Foreseeable Difficulty in Navigating Stairs (階段の昇降で予見される困難)

Do you foresee any physical challenges resulting from the need to go up and down several flights of stairs, carrying heavy items on a daily basis, and/or riding a bicycle? If yes, please explain.

(数階分の階段の昇降、荷物の運搬や自転車使用で身体的問題が予測されるか。ある場合は詳細を説明すること。)

7. Allergies (アレルギーについて)

Please provide details about any allergies you have, including severity and if you are currently undergoing treatment.

(アレルギー症があるか。該当する場合、治療は受けているか。深刻さなどの詳細を以下に明記すること。)

8. Dietary Restrictions (食事制限について)

Are there any foods or substances that, for medical or personal reasons, you do not eat? If so, please give details (e.g. medical reasons, religion, personal reasons, etc.).

(現在食事制限を受けている場合、その詳細を記入すること。例：疾病、宗教的、個人的な理由等)

Food

<input type="checkbox"/> Beef (牛肉)	<input type="checkbox"/> Chicken (鶏肉)	<input type="checkbox"/> Dairy Products (乳製品)	<input type="checkbox"/> Eggs (卵)
<input type="checkbox"/> Gluten (グルテン)	<input type="checkbox"/> Tree Nuts (ナッツ類)	<input type="checkbox"/> Peanuts (ピーナッツ)	<input type="checkbox"/> Pork (豚肉)
<input type="checkbox"/> Wheat (小麦)	<input type="checkbox"/> Shellfish (貝類・甲殻類)	<input type="checkbox"/> Soy (大豆)	
<input type="checkbox"/> Finfish (魚類)	<input type="checkbox"/> Fruit (果物)	<input type="checkbox"/> Other () (その他)	

Reasons

☐ Allergies
(アレルギー)

☐ Religion
(宗教上)

☐ Other medical reasons
(その他の疾病のため)

☐ Other ()
(その他)

9a. Medications (投薬について)

Please write if you are **currently** taking, or have taken in the **last five years**, any prescription medication (other than for common colds/viruses, oral contraceptives, or acne medications). Make sure to describe the conditions for which you take any medications listed here in questions 1-3 or 7 above.

(現在または過去5年間に薬物治療を受けている場合(ただし、風邪薬、経口避妊薬、ニキビ治療薬を除く。))その詳細を記入すること。なお、上記の設問1~3、7で挙げた状況に対する処方箋についても明記ありたい。)

Medication (薬名) (generic names preferred)	Condition(s) (病名)	Dosage (投薬量) & Frequency (頻度)	Period (期間) (See instructions below*)
			Start:
		_____ times / _____	End:
			Start:
		_____ times / _____	End:
			Start:
		_____ times / _____	End:

Additional Entries (追加の記入欄)

* Write 'present' after 'End:' if currently taking. (使用中の場合、「End:」欄に「現在」を入力すること。)

9b. Medication Illegal in Japan (日本での違法薬物について)

Are you currently taking medication which is illegal in Japan (including Adderall and many other amphetamines, medical marijuana, etc.)?

(現在、日本での違法薬物 (アデロールなど多くのアンフェタミン及び医療大麻を含む) を使用中か。)

☐ Yes, I am currently taking medication which is illegal in Japan. (はい、日本での違法薬物は使用中。)

☐ No, I am not currently taking medication which is illegal in Japan. (いいえ、日本での違法薬物は不使用。)

If yes, will you cease to take or change said medication before by the Reply Form deadline, 17 April 2026?

Note: You will need to submit an additional Statement of Physician for confirmation by the above date.

(該当する場合、参加同意書の提出日 (2026年4月17日) までに代替薬に変更する又は服用を中止するか。

※証明のため、上記日程までに追加の医師の診断書の提出が必要となる。)

☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

10. Other Health-Related Issues or Disabilities (その他健康にかかわる問題や障害)

Please explain any other health-related issues or disabilities (e.g. use of a wheelchair, other medical devices, pending medical treatment or diagnosis, etc.)

(その他の健康上の注意事項及び障害について以下に記入すること。例：学習障害、車いすの使用、治療中の事項等)

I understand that false statements about my medical history made on this form or elsewhere may result in my disqualification from the JET Programme.

I also understand that if I have or have ever had any physical, mental, or developmental condition, I must also submit the Statement of Physician in which my physician clearly states my ability to live and work overseas on the JET Programme.

(本書等には、申告書の病歴について虚偽の申告をした場合、本プログラムへの参加資格を取り消されることがあることを理解しています。

また、過去及び現在において、いかなる身体的・精神的・発達の病歴を有する場合にも、JETプログラム参加者として海外で働き、生活をするできると医師により明確に記載されている診断書を提出する必要があることを理解しています。)

Applicant's Signature: _____ **Date:** _____
(応募者自署) (日付)