（別紙様式3）

Form 3

東京医科歯科大学南行徳国際交流会館

MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University

入　居　届

NOTICE OF ENTRANCE IN INTERNATIONAL HOUSE

年 月 　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Date: Year 　　Month Day

理事（教育・学生・国際交流担当）　殿

To: Executive Director (Education/ International Student Exchange）

氏 名

Name (Block letters)

署 名

Signature

生年月日 年　　 　月　 　日 性別 □男　Male

Date of Birth year month day Sex □女　Female

国 籍

Nationality

所属・身分

Department/Status

緊 急 連 絡 先(日本国内) 電話番号(Telephone Number)：

Emergency Contact Number メールアドレス(Email Address)：

(In Japan)

下記のとおり、入居いたしましたのでお届けします。

This is to notify that I have commenced residence as below.

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 入居開始年月日  Date of entrance | 年　　　　月　　　　日  　　　 　　　　　　　 year/month/day |
| 2 | 入居予定期間  Planned term of  residence | 年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日  　from year/month/day to year/month/day |
| 3. | 居室番号  Room number | 階　　　　　　　　　号室  　　　　　　 Floor　　　　　　　　　Room number |
| 4. | 写真　Photograph(Please submit a photo of yourself)  Resident  3×4　㎝ | |

(別紙様式4)

Form 4

東京医科歯科大学南行徳国際交流会館

MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University

誓　約　書

PLEDGE

理事（教育・学生・国際交流担当）　殿

To: Executive Director (Education/ International Student Exchange）

私は、東京医科歯科大学南行徳国際交流会館に入寮したうえは、次の事項を守ることを誓約します。

I (hereafter called the ‘Resident’) hereby pledge that I shall abide by the following terms upon admission to the MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University:

１．会館規則等に定められた寄宿料又は、使用料のほか、光熱水料その他の費用は、指定の期日までに完納すること。

The resident shall pay the rent utility fees and other charges established by the Regulations of the Residence, by the designed date.

２．会館の施設、備品等を損傷、滅失した時は、損害を賠償し、これを現状に回復すること。

The resident shall indemnify any loss or damage to the Residence facilities and equipment, caused by him/her and restore to original condition.

３．他の入居者に迷惑をかけないように留意するとともに、指示された事項を守ること。

The resident shall act with discretion to enjoy living at the dormitory with other residents and will obey instructions from the Resident officers.

以上、万一このことについて、履行しない場合は、入居期間中に入居許可の取り消し又は退去を命ぜられても不服は申しません。

Upon signing this document, I agree to the above conditions. Therefore I never offer the objection over that in the event of the conditions are breached, I shall lose the permission for admission or be evicted from this dormitory.

年 　 月 　 日

Date: Year 　　Month Day

氏名　　　　 氏　　　名

Name (Block letters)

署名 署 名

Signature

(別紙様式5-1)

Form 5-1

東京医科歯科大学南行徳国際交流会館

MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University

保　証　書

LETTER OF GUARANTEE

年 　 月 　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Date: Year 　　Month Day

理事（教育・学生・国際交流担当）殿

To: Executive Director (Education/ International Student Exchange）

保証人 所属部局

Guarantee Faculty

職　名

Position

氏　名

　　 Name

下記の者が、東京医科歯科大学南行徳国際交流会館に入居を希望しておりますので、適当と認め、推薦　　いたします。

使用料のほか、光熱水料その他費用について又は会館の施設備品等を損傷、滅失した時は、本人と連帯して、損害を補償します。

I recommend the following person as an applicant for admission to the MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University.

I promise to compensate the International House for the room rent, utility charges and any damages or losses to the residence facilities and that he/she causes

記

氏名

Name

所属

Faculty

身分

Status

留学期間（又は研究機関） 　　　 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

Period of Study　　　 　　　　 year month day year month day or Period of Research

(別紙様式5-2)

Form 5-2

Re: Application for TMDU International House (MINAMIGYOTOKU Dormitory)

I am applying for the above mentioned dormitory. If I am approved to live there, I agree to abide by the dormitory’s rules as outlined below.

-The single room is available only for the applicant him/herself to live in.

Upon signing this document, I agree to the above conditions. Therefore I never offer the objection over that in the event of the conditions are breached, I shall lose the permission for admission or be evicted from the dormitory.

Applicant’s name

(print):

Applicant’s signature:

Date:

Supervisor’s name

(print):

Supervisor’s signature:

Date:

(別紙様式11)

Form11

東京医科歯科大学南行徳国際交流会館

MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University

退　去　届

APPLICATION FOR PERMISSION TO DEPART

年 　 月 　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Date: Year Month Day

理事（教育・学生・国際交流担当）　殿

To: Executive Director (Education/ International Student Exchange）

氏 名

Name (Block Letters)

署 名

Signature

生年月日 年　　 　月　 　日 性別　 □男　Male

Date of Birth year month day Sex　 □女　Female

国 籍

Nationality

所属・身分

Department/Status

下記のとおり、東京医科歯科大学南行徳国際交流会館を退去したいので許可願います。

I hereby apply for permission to depart from MINAMIGYOUTOKU International house, Tokyo Medical and Dental University.

記

１．居室番号　　　　　　　　　　　階　　　　　　　　号室

Room number floor Room number

２．入居許可期間　　　　　　年　　　　月　　　　日 ～　　　年　　　　月　　　　日

Permitted period year month day　　　year month day

of residence

３．退去希望日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

Desired date year month day

of departure

４．退去の理由 □入居期間満了のため

Reason for departure Expiration of the permitted period of residence

入居期限

Expiration of the permission for admission:　　　年　　月　　 日

year month day

□その他

Other reasons

５．退去後の連絡先

Address after departure

日本の住所 tel

Address in Japan fax

自国の住所 tel

Address in home country fax

E-mail address