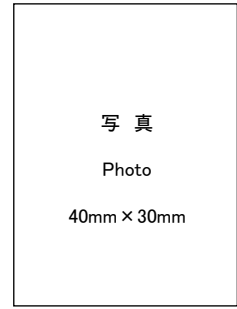


在留資格認定証明書交付申請書
APPLICATION FOR CERTIFICATE OF ELIGIBILITY

法務大臣 殿
To the Minister of Justice

出入国管理及び難民認定法第7条の2の規定に掲げる条件に適合している旨の証明書の交付を
Pursuant to the provisions of Article 7-2 of the Immigration Control and Refugee Recognition Act, the certificate showing eligibility for the conditions provided for

3 旅券(未取得の場合は公的資料)に記載されているローマ字氏名を記載してください。
なお、旅券を取得しておらず、かつ、公的資料に漢字氏名のみが記載されている場合は、漢字氏名を記載してください。



1 国籍・地域: 米国
2 生年月日: 1990年1月1日
3 氏名: NYUKAN JAMES
4 性別: 男
5 出生地: 米国〇〇州
6 配偶者の有無: 有
7 職業: 医師
8 本国における居住地: 米国〇〇州
9 日本における連絡先: 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇アパート101号室
10 旅券 (1)番号: ABOOOOOO (2)有効期限: 20xx年xx月xx日
11 入国目的: 〇 V 「特定技能(1号)」
12 入国予定年月日: 20xx年xx月xx日
13 上陸予定港: 成田空港
14 滞在予定期間: 5年
15 同伴者の有無: 有
16 査証申請予定地: ワシントンDC
17 過去の出入国歴: 2015年4月1日から2016年3月31日
18 過去の在留資格認定証明書交付申請歴: 1回
19 犯罪を理由とする処分を受けたこと: 有
20 退去強制又は出国命令による出国の有無: 有
21 在日親族及び同居者: 有

| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 国籍・地域 | 同居予定の有無 | 勤務先名称・通学先名称 | 在留カード番号 特別永住者証明書番号 |
|----|---------------|------------|-------|---------------|-------------|-----------------------|
| 兄 | NYUKAN DANIEL | 19xx/xx/xx | 米国 | 有 Yes/No | 株式会社〇〇 | ABOOOOOOOOCD |
| | | | | 有・無 Yes/No | | |
| | | | | 有・無 Yes/No | | |
| | | | | 有・無 Yes/No | | |

※ 3について、有効な旅券を所持する場合は、旅券の身分事項ページのとおりに記載してください。
Regarding item 3, if you possess your valid passport, please fill in your name as shown in the passport.
21については、記載欄が不足する場合は別紙に記入して添付すること。なお、「研修」、「技能実習」に係る申請の場合は、「在日親族」のみ記載してください。
Regarding item 21, if there is not enough space in the given columns to write in all of your family in Japan, fill in and attach a separate sheet.
In addition, take note that you are only required to fill in your family members in Japan for applications pertaining to "Trainee" or "Technical Intern Training".

22 活動内容 Type of activity

① 【 外交 公用 弁護士 司法書士 土地家屋調査士
 Diplomat Official Lawyer Judicial scrivener Land and building investigator
 外国法事務弁護士 公認会計士 外国公認会計士 税理士
 Registered foreign-qualified lawyer Public accountant Foreign-qualified certified public accountant Certified tax accountant
 ② 当てはまる活動内容をチェックしてください。 海事代理士 行政書士
 insur Maritime procedure agent Certified administrative procedures legal specialist]

② 【 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師
 Doctor Dentist Pharmacist Public health nurse Midwife
 看護師(EPA看護師を除く。) 准看護師 歯科衛生士
 Nurse(except Nurse under EPA) Assistant nurse Dental hygienist
 診療放射線技師 理学療法士 作業療法士 視能訓練士
 Radiology technician Physical therapist Occupational therapist Orthoptist
 臨床工学技士 義肢装具士
 Clinical engineer Prosthetist]

③ 【 家事使用人 家族と同居(外交官の家族を含む。)
 Housekeeper Intended to live together with the family (including diplomat's family)]

④ 【 ワーキング・ホリデー 外国弁護士
 Working holiday Foreign lawyer]

⑤ 【 アマチュアスポーツ選手
 Amateur sports athlete]

⑥ 【 インターンシップ サマージョブ 国際文化交流
 Internship Summer job International cultural exchange]

⑦ 【 製造業外国従業員 家事支援者(国家戦略特区)
 Foreign workers in the field of manufacturing Domestic workers (national strategic zones)
 耕種農業支援者(国家戦略特区) 畜産農業支援者(国家戦略特区)
 Crop farming workers (national strategic zones) Livestock farming workers (national strategic zones)]

⑧ 【 日系四世
 Fourth-generation foreign national of Japanese descent]

⑨ 【 起業活動
 Entrepreneurial activities]

⑩ 【 その他 ()]
 Others

(22で選択した区分に応じ以下の項目について記入)

(Fill in the following items in accordance with your answer to the question 21)

- ①を選択した場合 23,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ① Fill in the questions 23, 32 and signature.
- ②を選択した場合 23,24,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ② Fill in the questions 23,24, 32 and signature.
- ③を選択した場合 32及び「署名欄」を記入
 If you selected ③ Fill in the questions 32 and signature.
- ④を選択した場合 27,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ④ Fill in the questions 27, 32 and signature.
- ⑤を選択した場合 23,25,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ⑤ Fill in the questions 23,25, 32 and signature.
- ⑥を選択した場合 26,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ⑥ Fill in the questions 26, 32 and signature.
- ⑦を選択した場合 23,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ⑦ Fill in the questions 23,32 and signature.
- ⑧を選択した場合 27,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ⑧ Fill in the questions 27, 32 and signature.
- ⑨を選択した場合 24,28～32及び「署名欄」を記入
 If you selected ⑨ Fill in the questions 24,28～ 32 and signature.
- ⑩を選択した場合 27,32及び「署名欄」を記入
 If you selected ⑩ Fill in the questions 27, 32 and signature.

23 勤務先又は通学先 Place of employment or school

(1) 名称 Name 医療法人〇〇 支店・事業所名 〇〇病院

(2) 所在地 Address 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

(3) 電話番号 Telephone No. ×××-〇〇〇〇-△△△△

24 最終学歴 Education (last school or institution)

(1) 本邦 Japan 外国 foreign country

(2) 大学院(博士) Doctor 大学院(修士) Master 大学 Bachelor 短期大学 Junior college 専門学校 College of technology

高等学校 Senior high school 中学校 Junior high school その他() Others

(3) 学校名 Name of school 〇〇大学

(4) 学部・課程又は専門課程名称 Name of the department/course or specialized course of study 医学部

(5) 卒業年月 Date of graduation 20×× 年 Year ×× 月 Month

25 経歴 Record

オリンピック大会出場 The year when the applicant participated in the Olympics Games _____ 年 Year

世界選手権大会出場 The year when the applicant participated in the world championship _____ 年 Year

その他国際的な競技大会出場 The year when the applicant participated in other international competitions _____ 年 Year

(競技会名 Name of competition _____)

26 在学中の大学名 University name and faculty _____

学部・課程 course to which the applicant attends _____

27 具体的な在留目的(滞在費支弁方法を含む。) Purpose of staying in detail (including method of support)

28 専攻・専門分野 Major field of study

(24で大学院(博士)～短期大学の場合) (Check one of the followings when the answer to the question 24 is from doctor to junior college)

法学 Law 経済学 Economics 政治学 Politics 商学 Commercial science 経営学 Business administration 文学 Literature

語学 Linguistics 社会学 Sociology 歴史学 History 心理学 Psychology 教育学 Education 芸術学 Science of art

その他人文・社会科学() Others(cultural / social science) 理学 Science 化学 Chemistry 工学 Engineering

農学 Agriculture 水産学 Fisheries 薬学 Pharmacy 医学 Medicine 歯学 Dentistry

その他自然科学() Others(natural science) 体育学 Sports science その他() Others

(24で専門学校の場合) (Check one of the followings when the answer to the question 24 is College of technology)

工業 Engineering 農業 Agriculture 医療・衛生 Medical services / Hygienics 教育・社会福祉 Education / Social welfare 法律 Law

商業実務 Practical commercial business 服飾・家政 Dress design / Home economics 文化・教養 Culture / Education その他() Others

29 起業を目指す分野に関連する事業の経営又は管理についての外国における実務経験年数 _____ 年
 No. of years of practical experience in a foreign country of managing or supervising business related to the field in which the applicant intends to start a business _____ Year

30 起業を目指す分野に関連する業務についての実務経験年数 _____ 年
 No. of years of practical experience of work related to the field in which the applicant intends to start a business _____ Year

31 職歴 (外国におけるものを含む) Work experience (including those in a foreign country)

| 入社 Date of joining the company | | 退社 Date of leaving the company | | 勤務先名称 Place of employment | 入社 Date of joining the company | | 退社 Date of leaving the company | | 勤務先名称 Place of employment |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|------------------------------|
| 年 Year | 月 Month | 年 Year | 月 Month | | 年 Year | 月 Month | 年 Year | 月 Month | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

32 実際に申請を行う申請人本人、法定代理人(親権者、未成年後見人若しくは成年後見人)又は医療機関の職員について記載してください。

32 申請人, 法定代理人, 法第7条の2第2項に規定する代理人
 Applicant, legal representative or the authorized representative, prescribed in Paragraph 2 of Article 7-2.

(1)氏名 入管 太郎 (2)本人との関係 ○○病院職員
 Name Relationship with the applicant
 (3)住所 ○○県○○市○○町1-1-1
 Address
 電話番号 ×××-○○○○-△△△△ 携帯電話番号 △△△-□□□□-○○○○
 Telephone No. Cellular Phone No.

以上の記載内容は事実と相違ありません。 項番32に記載された方が署名(手書き)してください。 correct.
 申請人(代理人)の署名/申請書作成年月 _____ ing in this form
 入管 太郎 20×× 年 ×× 月 ×× 日
 Year Month Day

注意 Attention
 申請書作成後申請までに記載内容に変更が生じた場合、申請人(代理人)が変更箇所を訂正し、署名すること。
 申請書作成年月日は申請人(代理人)が自署すること。
 In cases where description of the applicant's information changes after the application is submitted, the applicant (representative) must correct the part concerned and sign the application. The date of preparation of the application must be written by the applicant (representative).
 申請取次者による申請の場合に記載してください。

※ 取次者 Agent or other authorized person
 (1)氏名 (2)住所
 Name Address
 (3)所属機関等 Organization to which the agent belongs 電話番号 Telephone No.

1 契約、招へい又は同居する外国人の氏名
Name of the foreigner to contract, invite or live together with **NYUKAN JAMES**
(契約の場合は以下のいずれかの形態を選択) (In the case of a contract, select one of the following forms.)
 雇用 Employment 委任 Delegation 請負 Contract agreement その他 Others

2 申請人の活動内容
applicant's activities
 外交、公用 Diplomat, Official (3,4,5(1)~(5)及び「記名(署名)欄」を記入)
 弁護士、公認会計士、その他法律・会計業務、医師、その他医療関係業務、アマチュアスポーツ選手、インターンシップサマージョブ、国際文化交流、製造業外国従業員、家事支援者(国家戦略特区)、農業支援者(国家戦略特区)
Lawyer, Public accountant or Other legal / accounting services, Doctor, Other medical services, Amateur sports athlete, Internship, Summer job, International cultural exchange, Foreign workers in the field of manufacturing, Domestic workers (national strategic zones), Farming workers (national strategic zones)
 家事使用人 Housekeeper (3, 4, 5, 6, 7, 8及び「記名(署名)欄」を記入)
 扶養を受ける活動 applicant is to be supported (10及び「記名(署名)欄」を記入)
 日系四世 Fourth-generation foreign national of Japanese descent (11又は12及び「記名(署名)欄」を記入)

3 職種 Occupation
○主たる職種を別紙「職種一覧」から選択して番号を記入(1つのみ) (47)
○他に職種があれば別紙「職種一覧」から選択して番号を記入(複数選択可) (なし)
(注意) Attention
・「法律・会計」での入国を希望する場合は、別紙「職種一覧」の29,65~75,999から選択してください。
・「医療」での入国を希望する場合は、別紙「職種一覧」の47~50,55~64,999から選択してください。
・「公用」での入国を希望する場合は、基本的に、別紙「職種一覧」の「112 公用」を選択してください。
・「特定活動」での入国を希望する場合は、別紙「職種一覧」の80,82~99, 111~112,999から選択してください。

4 活動内容詳細 Details of activities
医師

5 勤務先、所属機関又は通学先 Place of employment, organization or school to which the applicant is to belong
※ (1), (3), (5)及び(8)については、主に勤務させる場所について記載すること。
For sub-items (1),(3),(5) and (8), fill in the information of principal place of employment where foreign national is to work.

(1)名称 Name 医療法人○○ 支店・事業所名 〇〇病院
Name of branch

(2)法人番号(13桁) Corporation no. (combination of 13 numbers and letters) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

(3)雇用保険適用事業所番号(11桁) ※非該当事業所は記入省略 Employment insurance application office number (11 digits) *If not applicable, it should be omitted.
1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 - 1

(4)業種 Business type
○主たる業種を別紙「業種一覧」から選択して番号を記入(1つのみ) (38)
○他に業種があれば、別紙「業種一覧」から選択して番号を記入(複数選択可) (なし)

(5)所在地 Address 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 電話番号 Telephone No. ×××-〇〇〇〇-△△△△

(6)資本金 Capital ×××××××× 円 Yen (7)年間売上高(直近年度) Annual sales (latest year) ×××××××× 円 Yen

(8)従業員数 Number of employees 100 名 うち外国人職員数 Number of foreign employees 5 名

※(9)以下はインターンシップの場合に記載すること。(Fill in below in case of desiring to enter Japan by internship students.)
(9)常勤職員数 ※技能実習生、インターンシップ生を除く。 Number of full-time employees ※excluding technical intern trainees and internship students 名

(10)第1号技能実習生数 Number of technical intern trainees (I) 現在の在籍数 Current registration number 名 受入予定数 Number of people to be accepted 名

(11)インターンシップ生数 Number of internship students 現在の在籍数 Current registration number 名 受入予定数 Number of people to be accepted 名 (今次申請分を含む。)

(12)職業紹介事業者(雇用契約の成立をあっせんする職業紹介事業者がある場合に記入)
Employment placement service provider (fill in this section if there is an employment placement service provider that arranges the conclusion of employment contracts)
氏名又は名称 Name of person or organization 法人番号(13桁) Corporation no. (combination of 13 numbers and letters)

雇用保険適用事業所番号(11桁) ※非該当事業所は記入省略 Employment insurance application office number (11 digits) *If not applicable, it should be omitted.

住所(所在地) Address 電話番号 Telephone No.

許可・届出番号 Permission / notification no. 受理年月日 Date of receipt 年 Year 月 Month 日 Day

3 主たる職種を別紙「職種一覧」の47~50、55~64、999から選択し、番号を記載してください。

47

なし

38

なし

(4)主たる業種を別紙「業種一覧」から選択し、番号を記載してください。

(13)取次機関(職業紹介事業者があつせんを行うに際し、情報の取次ぎを行う者がある場合に記入)

Intermediary organization (fill in this section if there is a person who mediates information at the time of an employment placement service provider acting as an agent)

氏名又は名称 Name of person or organization _____

住所(所在地) Address _____ 電話番号 Telephone No. _____

6 職務上の地位 Position **医師**

7 就労又は就学予定期間 Period of work / Study **定めなし**

8 月額報酬(税引き前の支払額) Monthly salary (amount of payment before taxes) **※ 各種手当(通勤・住宅・扶養等)・実費弁償の性格を有するものを除く。**
 Excludes various types of allowances (commuting, housing, dependents, etc.) and personal expenses.
 × × × × × × 円 Yen

9 雇用主(家事使用人の場合に記入) Employer (Fill in the followings in case of housekeeper.)

(1)国籍・地域 Nationality/Region _____

(2)氏名 Name _____

(3)性別 Sex **男・女** Male / Female (4)生年月日 Date of birth _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day _____

(5)住居地 Address in Japan _____

電話番号 Telephone No. _____

(6)職務上の地位 Position _____ (7)在留カード番号 Residence card number _____

(8)在留資格 Status of residence _____ (9)在留期間 Period of stay _____

(10)在留期間の満了日 Date of expiration _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day _____

(11)雇用主の同居家族(父・母・配偶者・子など) Employer's family (Father, Mother, Spouse, Son and Daughter, etc.)

| 続柄 Relationship | 氏名 Name | 生年月日 Date of birth | 国籍・地域 Nationality | 同居の有無 Residing with applicant or not | 勤務先名称・通学先名称 Place of employment / school | 在留資格 Status of residence |
|-----------------|---------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|--|--------------------------|
| | | | | 有・無 Yes / No | | |
| | | | | 有・無 Yes / No | | |
| | | | | 有・無 Yes / No | | |
| | | | | 有・無 Yes / No | | |
| | | | | 有・無 Yes / No | | |

10 扶養者(申請人が扶養を受ける場合に記入) Supporter (Fill in the followings when the applicant is to be supported)

(1)氏名 Name _____

(2)生年月日 Date of birth _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day _____ (3)国籍・地域 Nationality / region _____

(4)在留カード番号 Residence card number _____

(5)在留資格 Status of residence _____ (6)在留期間 Period of stay _____

(7)在留期間の満了日 Date of expiration _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day _____

(8)申請人との関係(続柄) Relationship with the applicant
 夫 Husband 妻 Wife 父 Father 母 Mother
 養父 Foster father 養母 Foster mother その他(Others)

(9)勤務先名称 Place of employment _____ 支店・事業所名 Name of branch _____

(10)法人番号(13桁) Corporation no. (combination of 13 numbers and letters)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(11)雇用保険適用事業所番号(11桁)※非該当事業所は記入省略
Employment insurance application office number (11 digits) *If not applicable, it should be omitted.

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(12)勤務先所在地 Address _____

電話番号 Telephone No. _____

(13)年 収 (扶養者が「外交」又は「公用」の場合は記入不要) _____ 円
Annual income (when the supporter has the status of residence "Diplomat" or "Official", there is no need to fill this in.) _____ Yen

11 日系四世受入れサポーター (同サポーターが個人の場合に記入)

Supporter accepting the fourth-generation foreign national of Japanese descent
(Fill in the following items if the supporter accepting the fourth-generation foreign national of Japanese descent is an individual)

(1)氏 名 Name _____

(2)生年月日 Date of birth _____ (3)国 籍・地 域 Nationality / region _____
Year Month Day

(4)在留カード番号 Residence card number _____ (5)在留資格 Status of residence _____

(6)申請人との関係 Relationship with the applicant
 親族 Family 友人・知人 Friend / Acquaintance 雇用主 Employer その他 (Others)

(7)住 所 Address _____

(8)電話番号 Telephone no. _____

12 日系四世受入れサポーター (日系四世で受入れサポーターが団体の場合に記入)

Supporter accepting fourth-generation foreign national of Japanese descent
(Fill in the following items if the supporter accepting the fourth-generation foreign national of Japanese descent is an organization)

(1)団体名称 Name of organization _____ (2)事業所名 Name of branch _____

(3)所在地 Address _____

(4)電話番号 Telephone no. _____

以上の記載内容は事実と相違ありません。

所属機関等契約先の名称又は日系四世受入れサポーター(法人名), 代表者氏名の記名/申請書作成年月日
Name of the organization the contracting organization such as the organization of affiliation or supporter accepting the fourth-generation foreign national of Japanese descent (organization), and its representative of the organization/Date of filling in this form

扶養者, 身元保証人又は日系四世受入れサポーター(個人)の署名/申請書作成年月日
Signature and seal of the supporter, guarantor, or supporter accepting the fourth-generation foreign national of Japanese descent (individual)
/Date of filling in this form (If you do not possess a seal, please use a blue ballpoint pen to sign.)

所属機関名及び代表者の氏名を記名してください。

〇〇病院 入管 次郎 20×× 年 ×× 月 ×× 日
Year Month Day

注意
申請書作成後申請までに記載内容に変更が生じた場合, 所属機関等又は扶養者等が変更箇所を訂正すること。
In cases where descriptions have changed after filling in this application form up until submission of this application, the organization must correct the part concerned on the correction.