

# 志 願 者 評 価 書

## (Applicant Evaluation Form)

受験番号

\* J

注 意：志願者は、あなた自身を客観的によく把握し、知ることができる立場にある方（親・兄弟姉妹を除く）に、推薦書としてではなく評価書として作成を依頼してください。

Note: This is an evaluation form, NOT a letter of recommendation. It must be completed by an individual who is well acquainted with the applicant (excluding the applicant's next of kin, i.e., parent or sibling) and can objectively evaluate him/her.

志 願 者 氏 名  
(Applicant's name)

生年月日  
(Date of Birth)

姓 (Family name)

名 (Given name)

(D/M/Y)

1. どの位の期間、志願者を知っていますか。  
(How long have you known the applicant?)

2. どのような立場で志願者を知っていますか。  
(In what capacity have you known the applicant?)

3. 志願者の能力について、下記の項目ごとに評価してください。  
(Please evaluate the applicant in terms of the abilities listed below. [Check applicable boxes.]

	優れている (Excellent)	良 い (Good)	普 通 (Average)	やや劣る (Below average)	劣 る (Poor)
知的能力 (Intellectual abilities)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
思考力及び創造力 (Analytical thinking and creativity)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指 導 力 (Leadership skills)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自 立 性 (Independence/Autonomy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
協 調 性 (Ability to work with others)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 選考に当って有用と思われる志願者の学力・人柄についてあなたの意見を書いてください。  
(Please provide additional comments which may assist in the evaluation of the applicant. Descriptions related to academic ability and personal qualities are particularly welcome.)

5. 本学看護医療学部が志願者の第1志望であることを確認してください。

(Please confirm that the Faculty of Nursing and Medical Care at Keio University is the applicant's first choice. [Check a box.]

☐ 確認した。  
(Confirmed)

☐ 確認していない。  
(Not confirmed)

6. 志願者が志望学部にあふさわしい人物かどうかあなたの総合的な判断を下欄に示しその理由を書いてください。  
(Overall, do you agree that the applicant is suitable for the Faculty of Nursing and Medical Care? [Check a box.] Please provide reasons.)

☐ 強くそう思う。  
(Strongly agree)

☐ そう思う  
(Agree)

☐ 条件によりそう思う  
(Agree under certain conditions)

☐ そう思わない  
(Disagree)

理由 (Reasons)

日 付

(Date) \_\_\_\_\_

氏 名

(Name [Please print.]) \_\_\_\_\_

㊞

Seal/signature

所属・役職

(Position/title, affiliated organization) \_\_\_\_\_

連絡先

(Contact information)

住 所

(Address) \_\_\_\_\_

郵便番号

(Postal code) \_\_\_\_\_

電話番号

(Telephone number) \_\_\_\_\_

電子メール

(E-mail address) \_\_\_\_\_