

2026年度 麻生医療福祉&保育専門学校
社会福祉士一般養成通信課程

(様式1)

学校使用欄

出願受理番号	
受 付 日	
選 考	次

入 学 願 書

貴校の募集要項を承諾のうえ、貴校を受験いたします。

願書記入日	西 暦	年	月	日
フリガナ				
氏 名				
(戸籍と同じ表記)	(旧姓	)		
生年月日	西 暦	年	月	日生 (満 歳) 男・女・記載しない
フリガナ				
現住所	〒 —			
(都道府県名から記入)				
自宅電話 (	)	—	携帯電話	— —
メールアドレス				
勤務先	法人名	種別		
	事業所名	職種		
	所在地	〒 —	電 話	— — (内線)
下記の項目の中から、それぞれ該当するものを選び番号に○をつけてください。 ※学費サポートの1.2.3は併用不可				
入学資格	I. 4年制大学等卒業		学費サポート申告欄	1. 所属長推薦
	II. 3年制短期大学等卒業+実務経験1年以上			2. 実習施設長推薦
	III. 2年制短期大学等卒業+実務経験2年以上			3. 卒業生特典 ※通学・通信含む (学校名:)
	IV. 実務経験4年以上			(学科名:) 4. 学科説明会特典 (参加・視聴日: 月 日)
入学資格に関わる学校 (I・IIおよびIIIの方)				
大 学 短期大学 学 校		学部 学科	西 暦 年 月 卒業・卒業見込	
実習が必要な方は、実習の概要を説明した後に願書を受理致します。出願の前に当課程へご連絡頂くか、学科説明会 (Web 含む) をご利用ください。確認のため、下記チェック事項に☑を入れてください。 ☐ 電話、または学科説明会 (Web 含む) で実習についての説明を受けました。 ☐ 一部 (60 時間) 免除を申請します。(介護福祉士または精神保健福祉士実習科目履修証明を添付)。				

写真貼付

1. 正面上半身無帽
2. 撮影後3カ月以内のもの
3. スナップ写真不可
縦4cm×横3cm
4. 裏面に氏名を記入

学校使用欄

選考結果	総合	実習	卒業 見込	実務 見込	入①	入②
合・不		240				
		180				
		免				

※裏面に職歴・資格等記入欄があります。必ずご記入ください。

職歴・資格等

入学資格に関わる学校以外の学歴					
学校名(正式名称)			卒業年月日		
			西暦	年	月 卒業・卒業見込・中退
			西暦	年	月 卒業・卒業見込・中退
			西暦	年	月 卒業・卒業見込・中退
職歴					
就業先(正式名称)		始期		終期	
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
		西暦	年	月	西暦 年 月
資格等					
取得年月		資格・免許			
西暦					
西暦					
西暦					
西暦					
西暦					
西暦					
西暦					

※行が不足する場合は、医療・福祉関係のものを優先でご記入ください。