

2023年度 麻生医療福祉専門学校 福岡校
精神保健福祉士短期養成通信課程

(様式6)

入学願書

学校使用欄

出願受理番号	
受付日	
選考	次

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	
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○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	福祉系4年制大学等卒業 (要基礎科目履修)	学費サポート申告欄	1	所属長推薦
	II	福祉系3年制短期大学等卒業+実務経験1年以上 (要基礎科目履修)		2	指定実習施設長推薦
	III	福祉系2年制短期大学等卒業+実務経験2年以上 (要基礎科目履修)		3	卒業生特典 ※通学・通信含む (学校名:)
	IV	社会福祉士		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	
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>なお、実習配属先は、出願の順番や居住地等を考慮して調整します。</p>					

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
		210				
		150				
		免				

※裏面に学歴・職歴・資格等記入欄があります。必ずご記入ください。

きりとり線

学歴・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	西暦
	年 月	年 月
	西暦	西暦
	年 月	年 月
	西暦	西暦
	年 月	年 月
	西暦	西暦
	年 月	年 月
	西暦	西暦
	年 月	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。