

2025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)

# 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	(旧姓 )			
(戸籍と同じ表記)				
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. 指定実習施設長推薦	
	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		4. 学科説明会特典(参加・視聴日: 月 日) (学科名: )	
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取致します。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><input type="checkbox"/> 一部 (60 時間) 免除を申請します。(添付書類にチェックを入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護福祉士 または 精神保健福祉士の登録証の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 介護福祉士 または 精神保健福祉士 指定科目履修 (見込) 証明書</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		
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。

きりとり線

## 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		

きりとり線

※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。