

記入例：P45 社福

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	アソウ ハナコ
------	---------

氏名	麻生 花子
(戸籍と同じ表記)	(旧姓 山田 )

生年月日	西暦 1974 年 4 月 1 日生 (満 48 歳) 男・女
------	---------------------------------

フリガナ	フクオカケンフクオカシハカタクハカタエギミナミ
------	-------------------------

〒	812 - 0016
---	------------

現住所	福岡県福岡市博多区博多駅前2-12-29
-----	----------------------

自宅電話 (092)	415 - 2294	携帯電話	090 - 1234 - 5678
------------	------------	------	-------------------

メールアドレス	a-hanako@asojuku.ac.jp
---------	------------------------

法人名	社会福祉法人麻生会	種別	介護老人保健施設
-----	-----------	----	----------

事業所名	あそう苑	職種	支援相談員
------	------	----	-------

〒	812 - 0016
---	------------

所在地	福岡市博多区博多駅前2-12-29	電話	092 - 415 - 2306
-----	-------------------	----	------------------

(内線 555 )

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	① 4年制大学等卒業 Ⅱ. 3年制短期大学等卒業+実務経験1年以上 Ⅲ. 2年制短期大学等卒業+実務経験2年以上 Ⅳ. 実務経験4年以上	学費サポート申告欄	① 所属長推薦 2. 指定実習施設長推薦 3. 卒業生特典 ※通学・通信含む (学校名: ) (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)

麻生	大学	経済	学部	西暦 1997 年 3 月
	短期大学	経営	学科	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。

- 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。(添付書類にチェックを入れてください)
  - 介護福祉士 または 精神保健福祉士の登録証の写し
  - 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

学校使用欄					
選考結果	総合	実習	卒業見込	実務見込	
合・不		240 180 免			入① 入②

※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。

卒業証明書等の姓から変更のある方は必ずご記入ください。

訂正する場合は、二重線を引き、訂正印を押してください。修正テープ等の使用は認められません。

一般企業等にお勤めの方は、「事業所名」と「職種」欄のみご記入ください。

提出する卒業証明書の学校を記入してください。

実習が必要な方は必ず説明を受け、チェックを入れてください。

# 様式3(P53)および8(P59) 実務経験(見込)申告書

出願者(申告者)自身が必要事項を記入する書類です。  
職場からの証明は不要です。

社会福祉士通信課程:P25~31  
精神保健福祉士通信課程:P33~35の実務経験範囲一覧に記載している施設・職種を記入してください。

一覧にないもの、省略したものは認められません。

※「実務経験(見込)証明書」(様式4・5または9)と記載内容が一致することが必要です。

実務経験範囲一覧に記載されたコードを記入してください。

「実務経験(見込)証明書」に記載された施設・機関代表者の氏名を出願者自身で記入してください。

記入例：P46 社福 (様式3)

## 実務経験(見込)申告書

麻生医療福祉&保育専門学校  
学 校 長 殿

申告者(出願者)氏 名(自筆) **麻生 花子**  
〒 8 1 2 - 0 0 1 6

現住所 **福岡市博多区博多駅南2-12-29**  
TEL **092 (415) 2306**

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、所屬長等の証明書を添えて、申告します。

西暦 〇〇年 9月10日

施設等種類	職種	コード	期 間	証明権者
1 介護老人保健施設	支援相談員	24086	西暦 1998年 4月 1日～ 西暦 年 月 日	施設長 福岡 太郎
2			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
3			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
4			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
5			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	
6			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日	

- (注) 1. 上記の記載内容は、「実務経験(見込)証明書」の記載内容と一致することが必要です。  
2. 施設種類及び職種は、実務経験範囲一覧(社会福祉士:P25~31)に記載された通りに記入してください。  
勤務先等での任意の職種は認められません。  
3. 申告内容を訂正する場合は、申告者の印を押印してください。修正テープ等による訂正は認められません。  
4. 証明権者の欄は、実務経験証明書に記載された代表者名を出願者自身で記入してください。

記入例：P47 社福 (様式4)

### 実務経験(見込)証明書(簡票)

(施設(事業所)職員用)

氏名	西暦 年 月 日
職名	

① 以下の内容に記入ください。  
**所属の実務施設**  
 ① 上の内容は、西暦 年 月 日から当該施設・機関に所属している者であることを示します。  
**所属の実務施設**  
 ② 上の内容は、西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日 ( 年 月 ) まで当該施設・機関において勤務していたことを示します。  
 西暦 年 月 日  
 所 在 地  
 施設・機関名  
 職 加 番 号  
 施設・機関代表者

※施設(事業所)職員の方は様式4を使用してください。

証明する期間は、対象の職種での経験期間を記入し、必要な年数分の証明書を準備してください。実務経験の年数は、令和7年3月31日までに規定の年数を満たす必要があります(4月1日~3月31日までで1年間)。

複数枚必要な方はコピーして使用してください(モノクロで可)。

記入例：P47 社福

(様式4)

実務経験(見込)証明書<個票>  
〔施設(事業所)職員用〕

ふりがな	あそう はなこ	生年月日
氏名	麻生 花子	西暦 1974 年 4 月 1 日
施設等種類	介護老人保健施設	
職種	支援相談員	
(1)、(2)いずれかにご記入ください。 <現職の実務経験> (1) 上記の者は、西暦1998年4月1日から当施設・機関に勤務している者であることを証明します。 <過去の実務経験> (2) 上記の者は、西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日 ( 年 月 ) まで当施設・機関において勤務していた者であることを証明します。 西暦〇〇年9月10日 所在地 福岡市博多区博多駅南2-12-29 施設・機関名 介護老人保健施設 あそう苑 電話番号 092-415-2306 施設・機関代表者 施設長 福岡 太郎		

P25~31の実務経験範囲一覧に記載している施設・職種を記入してください。

一覧表にないもの、省略したものは認められません。

途中、休職等の期間は除いてください。

ゴム印使用可

施設(機関)印

(注) 1. 施設種類及び職種は、実務経験範囲一覧(社会福祉士:P25~31)に記載された通りに記入してください。勤務先等での任意の職種は認められません。  
 2. 証明内容を訂正する場合は、証明権者の公印を押印してください。修正テープ等による訂正は認められません。  
 3. 本証明書が複数枚必要な場合は、コピーしてご使用ください。

証明内容を訂正する場合は、証明権者の公印で訂正してください。

様式5(P56) 実務経験(見込)証明書 医療機関職員用

※医療機関職員の方は様式5を使用してください。

証明する期間は、対象の職種での経験期間を記入し、必要な年数分の証明書を準備してください。実務経験の年数は、令和7年3月31日までに規定の年数を満たす必要があります(4月1日～3月31日までで1年間)。

複数枚必要な方はコピーして使用してください(モノクロで可)。

P29の実務経験範囲一覧に記載している施設・職種を記入してください。

一覧表にないもの、省略したものは認められません。

途中、休職等の期間は除いてください。

ゴム印使用可

施設(機関)印

社福 記入例：P48 (様式5)

### 実務経験(見込)証明書<個票> 〔医療機関職員用〕

ふりがな	あそう はなこ	生年月日
氏名	麻生 花子	西暦 1974年 4月 1日生
医療機関種類	病 院 ・ 診 療 所 (該当種類を○で囲んでください。)	
職 種 名	相 談 員	
業 務 内 容 (アからエまでの業務をすべて行っていることが必要です。)	ア 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ 患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ 患者の社会復帰に係る相談援助 エ 以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動	
(1)、(2) いずれかにご記入ください。 <現職の実務経験> (1) 上記の者は、西暦1998年 4月 1日から当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務している者であることを証明します。 <過去の実務経験> (2) 上記の者は、西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで、当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務した者であることを証明します。 西暦 〇〇年 9月 10日		
所 在 地 福岡市博多区博多駅南2-12-29 法 人 名 医療法人麻生会 医 療 機 関 名 あそう病院 電 話 番 号 092-415-2306 医 療 機 関 代 表 者 院長 福岡 太郎		

(注) 1. 施設種類及び職種は、P29の実務経験範囲一覧に記載された通りに記入してください。  
 勤務先等での任意の職種は認められません。  
 2. 証明内容を訂正する場合は、証明権者の公印を押印してください。修正テープ等による訂正は認められません。  
 3. 本証明書が複数枚必要な場合は、コピーしてご使用ください。

証明内容を訂正する場合は、証明権者の公印で訂正してください。