

2027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

学校使用欄

# 入学願書

選考	次
受付日	
出願受理番号	

貴校の募集要項を承認のうえ、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		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理致します。出願の前に当課程へご連絡いただくか、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。(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)。</p>			

写真貼付  
3cm×4cm  
正面上半身無帽、3ヶ月以内に撮影のもの(裏面に氏名を記入)  
※デジタル出願書類の場合はデータ貼り付け印刷可 (カラー)

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。

## 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。