

2027年度 麻生医療福祉&保育専門学校
精神保健福祉士短期養成通信課程

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	(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. 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. 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 <input type="checkbox"/> 本校社会福祉士通信課程卒業生 <input type="checkbox"/> その他の学科 (学校名:) (学科名:)	
	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 (社会福祉士実習科目履修証明を添付)。</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>				

(注) 本校の社会福祉士通信課程の卒業生は必ず
学費サポート申告欄に☑を入れてください。
卒業証明書の提出は不要です。

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		210					
		150					
		免					

※裏面に学歴・職歴・資格等記入欄があります。

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	年 月 西暦
	年 月	年 月
	西暦	年 月 西暦
	年 月	年 月
	西暦	年 月 西暦
	年 月	年 月
	西暦	年 月 西暦
	年 月	年 月
	西暦	年 月 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。