

# 出願書類

## 記入例 P47～P52

(出願書類は必ず記入例を参考にして作成してください。)

各学科のホームページ「入学案内」にダウンロードできるデジタル出願書類をご準備しています。

Excel (E)・Word (W)・PDF (P) 各種必要に応じてご活用ください。

## 社会福祉士一般養成通信課程 (青) P53～58

- 様式 1・2 入学願書 (E・P)
- 様式 3 実務経験(見込) 申告書 (E・P)
- 様式 4 実務経験(見込) 証明書 [施設・事業所・機関職員用] (E・P)
- 様式 5 実務経験(見込) 証明書 [病院・診療所職員用] (E・P)

## 精神保健福祉士短期養成通信課程 (緑) P59～68

- 様式 6・7 入学願書 (E・P)
- 様式 8 実務経験(見込) 申告書 (E・P)
- 様式 9 実務経験(見込) 証明書 (E・P)
- 様式 10～13 精神保健福祉士基礎科目及び  
社会福祉士実習科目履修(見込) 証明書 (P)

## 2学科共通様式 (白) P69～72

- 様式 14 推薦書 (P)
- 様式 15 小論文 (W・P)
- 様式 16 出願受理票 (P)

デジタル出願書類の  
ダウンロードはこちらから  
社会福祉士 精神保健福祉士



様式1・2(P53)および6・7(P59) 入学願書

写真データを貼り付けたデジタル出願書類は、カラーで印刷してください。

各種証明書と氏名が異なる場合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。

記入例：P47 **社福**

デジタル書類：E/P (様式1)

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

## 入学願書

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	アソウ ハナコ					
氏名	麻生 花子					
	<small>(戸籍と同じ表記) (旧姓 山田 )</small>					
生年月日	西暦 1974 年 4 月 1 日生 (満 52 歳) 男・ <input checked="" type="radio"/> 女・記載しない					
フリガナ	フクオカケンフクオカシハカタクハカタエキミナミ					
	〒 812-0016					
現住所	福岡県福岡市博多区博多駅南2-12-29					
	<small>(都道府県名から記入)</small>					
自宅電話 (092)	415	-	2306	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			
勤務先	〒 812-0016					
所在地	福岡市博多区博多駅南2-12-29					
		電話	092 - 415 - 2306			
			<small>(内線 555 )</small>			
<small>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</small>						
入学資格	<input checked="" type="radio"/> Ⅰ 4年制大学等卒業	学費サポート申告欄	<input checked="" type="radio"/> ① 所属長推薦			
	<input type="radio"/> Ⅱ 3年制短期大学等卒業+実務経験1年以上		<input type="radio"/> ② 実習施設長推薦			
	<input type="radio"/> Ⅲ 2年制短期大学等卒業+実務経験2年以上		<input type="radio"/> ③ 卒業生特典 <small>*通学・通信含む</small>			
	<input type="radio"/> Ⅳ 実務経験4年以上		<input type="radio"/> 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	短期大学	経済経営	西暦1997年 3 月		
		学校	学科	<input checked="" type="radio"/> 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。						
<input checked="" 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。 <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)。						
<small>学校使用欄</small>						
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				

# 様式3 (P55) および8 (P61) 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。

社会福祉士通信課程:P25~32  
精神保健福祉士通信課程:P34~37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。

記載内容は「実務経験(見込)証明書」(様式4・5または9)と一致させてください。

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：P48 **社福**

デジタル書類：E/P  
(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、施設・機関代表者の証明書を添えて、申告します。

西暦 ○○年 9月 10日

施設種類	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	24113	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」と一致させてください。

2. 施設種類及び職種は、実務経験範囲一覧(社会福祉士:P25~32)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：P49 **社福**  
デジタル書類(E/P)

### 実務経験(見込)証明書 (施設・事業所・機関職員用)

氏名	西暦 年 月 日
職 種	
機 構	

(注) 1. (1) (2) いずれかに記入ください。  
(実務の実務経験)  
(1) 上記の者は、西暦 年 月 日から西暦 年 月 日まで 施設・機関に勤務している旨を 本人が証明します。  
(個人の実務経験)  
(2) 上記の者は、西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日 ( 年 月 ) まで当該施設・機関において勤務していた旨であることを 証明します。  
西暦 年 月 日  
所 在 地  
機 構・機 関 名  
電 話 番 号  
施設・機関代表者

(注) 1. 施設・機関の名称、住所、電話番号、代表者(施設長)の氏名は必ず記入してください。  
2. 勤務先等とは異なる施設・機関で勤務している場合は、勤務先等とは異なる施設・機関の名称を記入してください。  
3. 本表の裏面に記載されている事項は、必ず記入してください。

※施設・事業所等職員の方は様式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9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：P49 **社福**

デジタル書類：E/P  
(様式4)

実務経験(見込)証明書  
〔施設・事業所・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
施設種類	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。 〈過去の实務経験〉 (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		

P25～32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。

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:P25～32)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 (P58) 実務経験(見込)証明書[病院・診療所職員用]

※病院・診療所職員の方は様式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9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を参考に、該当施設および職種を○で囲んでください。

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：P50  
デジタル書類：E/P (様式5)

### 実務経験(見込)証明書 〔病院・診療所職員用〕

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(医療ソーシャルワーカー等)・退院後生活環境相談員(該当職種を○で囲んでください。)	
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を参考に、該当施設および職種を○で囲んでください。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。

58

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。