

2026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

(様式6)

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						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
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. 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 ☐ 本校社会福祉士通信課程卒業生 ☐ 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		
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 (社会福祉士実習科目履修証明を添付)。 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。						

(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。必ずご記入ください。

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
		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。