

出 願 書 類

記入例 P45 ～ P50

(出願書類は必ず記入例を参考にして作成してください。)

社会福祉士一般養成通信課程（青） P51～56

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

精神保健福祉士短期養成通信課程（緑） P57～66

- | | |
|----------|-------------------------------------|
| 様式 6・7 | 入学願書 |
| 様式 8 | 実務経験(見込)申告書 |
| 様式 9 | 実務経験(見込)証明書 |
| 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 |

2学科共通様式（白） P67～70

- | | |
|-------|-------|
| 様式 14 | 推薦書 |
| 様式 15 | 小論文 |
| 様式 16 | 出願受理票 |

記入例：P45 社福

2026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

貴校の募集要項を承諾のうえ、貴校を受験いたします。

学校使用欄

出願受理番号	
受付日	
選考	次

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。

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 51 歳) 男・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
(都道府県名から記入)	
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
〒	812-0016
所在地	福岡市博多区博多駅南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	学費サポート申告欄
① 4年制大学等卒業	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・通居含む
Ⅳ. 実務経験4年以上	(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 短期大学 学 校
経済 経営	学部 学科
西暦 1997 年 3 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。(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)。	

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。必ずご記入ください。

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。

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 (4 1 5) 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 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	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」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。

53

記入例:P47 社福

(様式4)

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
施設名称	
職 種	
(1) (2) いずれかに記入してください。 (実務の実務経験) (1) 上記の者は、西暦 年 月 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。 (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 年 月 日 所 在 地 施設・事業所 職 種 施設・機関代表者	

(注) 1. 施設名称は、施設名、施設所在地、施設の種類を必ず記入し、正確に記入してください。2. 署名欄に記入する場合は、印を捺印してください。3. 訂正テープ等による訂正は認められません。

※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8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
〔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 カ月)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8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 〔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	
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。

様式9(P61) 実務経験(見込)証明書

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8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 **精神**
(様式9)

実務経験(見込)証明書

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
施設(事業)等種類	地域包括支援センター	
職 種	包括的支援事業に係る業務を行う職員	
(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 年 月 日から現在まで当施設・機関において、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として行っていることを証明します。 〈過去の実務経験〉 (2) 上記の者は、西暦1998年 4 月 1 日から 西暦2008年 9 月 10日まで、当施設・機関において、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を業務として行っていたことを証明します。 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 〇〇市地域包括支援センター 電 話 番 号 092-415-2306 施設・機関代表者 施設長 福岡 太郎		

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. 施設種別及び職種は、実務経験範囲一覧(精神保健福祉士:P33～35)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。

大学・短大等が発行する書式を使用する場合、科目読替の証明が含まれる書式のみ出願書類として認めます。

履修している科目は「履修」の文字を○で囲んでください。
履修していない科目は、二重線で消してください。

大学等においての履修科目名を記入。「基礎科目」と同一の場合は記入しないでください。

履修科目名が「基礎科目」と異なる場合は、厚生労働省の読替通知に定められる科目名か、大学等が個別に読替認定を受けた科目名に限りします。

履修科目名が厚生労働省の読替通知に定められる科目名であれば「読替通知の範囲」と記入。
大学等において個別に読替認定を受けている科目名であれば、その「読替認定通知の日付及び文書番号」を記入してください。

ゴム印 使用可

学校等の印

記入例：P50 精神 (様式10)

精神保健福祉士基礎科目及び
社会福祉士実習科目履修証明書

【基礎科目】精神保健福祉士法第7条第2号・平成10年厚生労働省告示第9号

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
学部・学科	社会福祉学部 社会福祉学科	卒業年月 西暦 年 月

● 精神保健福祉士基礎科目			
基礎科目名	履修状況	大学等において基礎科目を 読替えている開講科目名	読替え認定年月日及び番号等
1 社会福祉原論	履修	社会福祉原理論	読替通知の範囲
社会保険論	履修		
2 公的扶助論	履修		
地域福祉論	履修	地域福祉概論	平成00年00月00日 障精第00号
3 精神保健福祉援助技術総論	履修		
4 医学一般	履修		
心理学	履修	臨床心理学、発達心理学	読替通知の範囲
5 社会学	履修		
法学	履修		
● 社会福祉士実習科目			
実習科目名	履修状況	大学等において実習科目を 読替えている開講科目名	読替え認定年月日及び番号等
社会福祉援助技術現場実習指導	履修		
社会福祉援助技術現場実習	履修		

(注意)
1. 「履修状況」欄は、「履修」の文字を○で囲んでください。履修していない科目は「履修」の文字を二重線で消してください。
2. 「読替え認定年月日及び番号等」欄は、各大学等において、個別に読替認定を受けた科目について、その「読替認定通知日付及び番号」を必ず記入してください。
(記入例) → ○年○月○日 障精第○号
厚生労働省の読替通知の範囲内の科目名であれば、「読替通知の範囲」と記入してください。

上記の者は、当大学等(又は養成施設)において、上記科目を履修したことを証明します。

西暦 ○○ 年 9 月 10 日

所在地 福岡市博多区博多駅南2-12-29

学校名 麻生大学

学長名 福岡 太郎

