

平成29年度 麻生医療福祉専門学校 福岡校
精神保健福祉士短期養成通信課程

(様式5)

学校使用欄

出願受理番号	
受付日	

入学願書

願書記入日	西暦 年 月 日	生年 月 日	西暦 年 月 日生 (満 歳) 男・女		
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×ヨコ3cm		
氏名	(旧姓)	自宅電話 () - 携帯電話 - - メールアドレス			
フリガナ					
現住所	〒 -				
(都道府県名から記入)					
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○をつけてください。 ※学費サポートの1.2.3は併用不可となります					
入学資格	I	福祉系4年制大学等卒業 (要基礎科目履修)	各種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	指定実習施設長推薦
	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	本校卒業生 ※通学・通信含む (学校名:)
	IV	社会福祉士		4	(学科名:) 学科説明会 参加特典(月 日 参加)
入学資格に関わる学校					
大 学 短期大学 学 校		学部 学科	西暦 年 月 卒業・卒業見込		
その他学歴					
学校名(正式名称)			卒業年月日		
			昭和 平成 年 月 卒業・卒業見込・中退		
			昭和 平成 年 月 卒業・卒業見込・中退		
			昭和 平成 年 月 卒業・卒業見込・中退		

実習が必要な方は、
必ず出願前に当課程へご連絡ください。
実習調整の流れやスケジュールについて
ご説明いたします。

学校使用欄

選考結果	総合	実習	卒業 見込	実務 見込	SW 見込
		210			
		150			
		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。

職歴・資格等

職歴					
就業先(正式名称)		始期		終期	
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
		昭和 平成	年 月	昭和 平成	年 月
資格等					
取得年月		資格・免許			

※行が不足する場合は、取得が新しいものからご記入ください。