

2019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6)

# 入学願書

学校使用欄

出願受理番号	
受付日	

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				
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○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	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	卒業生特典 ※通学・通信含む (学校名: ) (学科名: )
	IV	社会福祉士		4	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		
実習が必要な場合は、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、学科説明会へご参加ください。					
<input type="checkbox"/> 電話、または学科説明会で実習についての説明を受けた ( <input type="checkbox"/> ヘチェックをお願いします)					
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。					

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			
		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、医療・福祉関係のものを優先でご記入ください。