

平成29年度 麻生医療福祉専門学校 福岡校
社会福祉士一般養成通信課程

(様式1)

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	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 <small>(戸籍と同じ表記)</small>	(旧姓)	自宅電話 () - 携帯電話 - - メールアドレス	
フリガナ	フリガナ		
現住所 <small>(都道府県名から記入)</small>	〒 -		
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			
出願資格	I	4年制大学等卒業	各種学費サポート申告欄 1 所属長推薦 2 指定実習施設長推薦 3 本校卒業生 ※通学・通信含む (学校名:) (学科名:) 4 学科説明会 参加特典(月 日 参加)
	II	3年制短期大学等卒業+実務経験1年以上	
	III	2年制短期大学等卒業+実務経験2年以上	
	IV	実務経験4年以上	
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	

学校使用欄

選考結果	総合	実習	卒業見込	実務見込
		要・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。