平成30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）

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 （戸籍と同じ表記）	（旧姓　　）
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）	〒　　－

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

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		学費サポート申告欄		
Ⅰ	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	指定実習施設長推薦
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･通信含む
Ⅳ	実務経験4年以上			（学校名:　　）
				（学科名:　　）
			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

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、出願前に必ず当課程へご連絡ください。実習の概要を詳しくご説明いたします（連絡のないご出願は受理できない場合があります）。

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。

きりとり線

（様式2）

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。

きりとり線