

2019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	(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	4年制大学等卒業	学費サポート申告欄
	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	
1 所属長推薦			
2 指定実習施設長推薦			
3 卒業生特典 ※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)			
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)			

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

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。