

令和2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

貴校の募集要項を承諾のうえ、貴校を受験いたします。

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)				
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	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 (学校名:)
	IV	実務経験4年以上		(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。				
☐ 電話、または学科説明会で実習についての説明を受けた (☐ 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		
		西暦	年	月	西暦 年 月	
		西暦	年	月	西暦 年 月	
		西暦	年	月	西暦 年 月	
		西暦	年	月	西暦 年 月	
		西暦	年	月	西暦 年 月	
		西暦	年	月	西暦 年 月	
		西暦	年	月	西暦 年 月	
資 格 等						
取得年月		資格・免許				
西暦						
西暦						
西暦						
西暦						
西暦						
西暦						
西暦						

※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。