

2021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	
選 考	次

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		4	(学科名:) 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	入①	入②
		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	
		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。