



2026年度 入学願書

【精神保健福祉士養成通信課程】

養成種別 ※いずれかの□に ✓をつけてください。	☐ 一般	☐ 短期	正面上半身脱帽 証明書用写真貼付 3か月以内に撮影した カラーのもの。 写真の裏に氏名を記入 して完全に貼付する。 タテ4cm×ヨコ3cm 背景無地
出願方法 ※いずれかの□に ✓をつけてください。	☐ 推薦入学(推薦書あり)	☐ 一般入学	
フリガナ			
氏名	(旧姓)		
生年月日	西暦 年 月 日 (2026年4月1日 時点 歳)		
現住所	〒 -		
電話番号	自宅： () 携帯電話： ()		
最終学歴 (学校名)	大学・短期大学(年制) 卒業 専門学校(年制)・高等学校 卒業見込 学部： 学科：		
現在の勤務先			
職歴	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
取得資格 (医療・福祉・心理系)			

☒ 該当欄にチェックを入れてください。

☐ 一般養成 通信課程	出願資格 ※あてはまるものの □に1つ✓印を つけてください	☐ ①一般大学等4年	実務経験1年以上有無	☐ 有 ☐ 無
		☐ ②3年制短期大学・3年制専門学校 + 実務経験1年		
		☐ ③2年制短期大学・2年制専門学校 + 実務経験2年		
		☐ ④実務経験4年		
☐ 短期養成 通信課程	出願資格 ※あてはまるものの □に1つ✓印を つけてください	☐ ①4年制福祉系大学等で基礎科目を履修	実務経験1年以上有無	☐ 有 ☐ 無
		☐ ②3年制福祉系大学・専門学校で基礎科目を履修 + 実務経験1年		
		☐ ③2年制福祉系大学・専門学校で基礎科目を履修 + 実務経験2年		
		☐ ④社会福祉士(登録見込み含む)	実務経験1年以上有無	☐ 有 ☐ 無
		「ソーシャルワーク実習」履修による実習一部免除の有無		☐ 有 ☐ 無

※裏面へもご記入ください。

現 場 実 習 に 行 け る 方	当校では平日に現場実習を実施いたします。 現場実習に行かれる方は、以下の内容をご確認の上、ご署名とご捺印をお願いいたします。 ※病院と施設等の2か所での実習が必要となります。 現場実習は <u>平日連続</u> で実施することを承諾いたします。 署名 _____ (印)
----------------------	--

スクーリングクラスの希望

- 日程表に掲載されているクラスからお選びください。
- ご希望クラスをご記入ください。
- 必ず第2希望までご記入ください。

ク ラ ス ※ご希望クラスを ご記入ください。	記入例 : 第1希望 【 綾瀬土曜 】クラス 第1希望 【 】クラス 第2希望 【 】クラス
-----------------------------------	--

※記入に不備があった場合、入学手続きはできませんのでご了承ください。

※当校の個人情報保護規定に従い、上記の情報は厳重に管理いたします。

一般入学の方は選考料の振込明細書（原本）を下記に貼付してください。

振込明細書（原本）

貼付スペース

（ 入りきらない場合は、
折り曲げてください。 ）

※ネットバンキングでお振込みの場合は、振込完了画面を印刷したものを貼付してください。

※印刷環境がない場合は、下記にご記入ください。

振 込 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
 振 込 銀 行 名 : _____
 振 込 支 店 名 : _____
 振込口座名義人 : _____

※記入に漏れがないかご確認ください。