群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
精神保健福祉士短期養成通信課程
入　学　願　書

［□ 4 月入学・□ 10 月入学］ 3)

（チェック☑をつける）

受付期日	令和　　年　　月　　日
受理番号	

※本校記入欄

［写　真］ （4cm× 3cm） 正面上半身、脱帽、無背景で3か月以内に撮影したもの。 全面に糊付けすること	ふりがな			性　別
	氏　　名	（旧姓　　）		
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生（満　　歳）		
	現　住　所	〒　　-		
	TEL	（　　）	携　帯	（　　）
	メールアドレス 1)			

勤務先	業　種	
	名　称	
	職種名 2)	
	住　所	〒　　- TEL　　（　　）
最終学歴	学校名 学部・学科	（　　年制）
	卒業年月	昭和 平成 令和　　年　　月　卒業

該当する入学資格	ア. 福祉系4年制大学（基礎科目履修）を卒業（見込み） イ. 福祉系3年制短期大学（基礎科目履修）を卒業し、指定施設で1年以上相談援助業務に従事 ウ. 福祉系短期大学または高等専門学校等（基礎科目履修）を卒業し、指定施設で2年以上相談援助業務に従事 エ. 社会福祉士
免除他要件	ア. 実習免除（実務経験申告書・実務経験証明書提出） イ. 実習一部免除（社会福祉士養成課程成績証明書提出） ウ. 科目一部免除（社会福祉士養成課程成績証明書提出） エ. 実習免除無し（実習あり） オ. 学校法人昌賢学園 卒業生（卒業証明書、若しくは修了証明書提出、電話連絡）

保証人	ふりがな		入学者との続柄	
	氏　名			
	現住所	〒　　-		
	TEL	（　　）	携　帯	（　　）

1）メールアドレスは本校からの連絡が確実に届くアドレスをご記入下さい。
2）職種名は、13 頁～ 20 頁「実務経験対象となる施設・事業種類一覧」の「職種の例」から選択して記入して下さい。ただし、上記職種に当てはまらない場合は、現在の職名を記入して下さい。
例：介護職・事務職・販売員等
3）4 月入学・10 月入学のどちらかにチェック☑をつけて下さい。