群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校　社会福祉士通信課程
入　学　願　書

受付期日	令和　　年　　月　　日
受理番号	

※本校記入欄

［写　真］ （4㎝× 3㎝） 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	種　別			
	名　称			
	職種名[2]			
	住　所	〒　　- TEL　　（　　）		
最終学歴	学校名 学部・学科			
	卒業年月	昭和 平成 令和　　年　　月　卒業	修業年限[3]	年

該当する入学資格	（1）4年制大学を卒業（見込み） （2）3年制短期大学等を卒業し、指定施設で1年以上相談援助業務に従事 （3）短期大学又は高等専門学校等を卒業し、指定施設で2年以上相談援助業務に従事 （4）指定施設で4年以上相談援助業務に従事
免除等要件	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（精神保健福祉士及び介護福祉士養成課程成績証明書提出） ウ. 科目一部免除（精神保健福祉士資格証の写し、その他の科目は成績証明書提出） エ. 実習免除無し（実習あり、卒業証明書提出、電話連絡） オ. 学校法人昌賢学園卒業生（卒業証明書提出）

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連絡が確実に届くアドレスをご記入下さい。
2）職種名は、P9 ～の実務経験として認められる職種の職名を記載して下さい。
　ただし、上記職種に当てはまらない場合は、現在の職名をお書き下さい。
　例：介護職・事務職・販売員等
3）修業年限は、卒業した学校の定める教育課程をすべて修了するのに必要と定められた年限を示します。