提出書類一覧

自筆で、ボールペン又は万年筆でご記入ください。

社会福祉士通信学科

●実務経験申告書 記入例 …… P9

●実務経験(見込)証明書〈個票〉〔施設(事業所)職員用〕記入例 …… P10

■入学願書 …… (様式 社-1)

■履歴書 …… (様式 社-2)

■実務経験申告書 …… (様式 社-3)

■実務経験(見込)証明書〈個票〉〔施設(事業所)職員用〕 …… (様式 社-4)

■実務経験(見込)証明書〈個票〉〔医療機関職員用〕 …… (様式 社-5)

■紹介状 …… (様式 社-6)

■資格取得申請書 …… (様式 社-7)

■小論文用紙 …… (様式 社-8)

■受験料振込証明書提出用紙 …… (様式A-共通)

※巻末の折込み用紙をご参照ください。精神保健福祉士と共通です。

※下記の学科コードは、巻末の折込み用紙の取り扱い下部にも記載しております。

学科コードはお間違えないように必ず記入してください

学科コード	社会福祉士通信学科 <一般養成課程>	011	Wスクールの方	013

※入学願書等出願関係書類にご記入いただいた個人情報は、入学選考のみに使用し、それ以外の使用及び第三者に提供することはいたしません。

※書類等は返却いたしませんのでご了承ください。

提出書類は、本校ホームページからダウンロードすることもできます。

https://www.kac.ac.jp くわしい情報はホームページで!! KAC アカデミー 検索

入学要件・実務経験に関するお問い合わせ

社会福祉士通信学科

☎0120-84-3312

入試・校納金に関するお問い合わせ

桜町キャンパス　入試係

☎0120-83-2255

※ご記入の前にP10下の【注意事項】を必ずご確認ください。

実務経験申告書(様式 社-3) 記入例

出願者が記入

※実務経験を有する者は、**実務経験申告書**及び**実務経験(見込)証明書**を必ず提出すること。また、施設のパンフレットを同封のこと。

出願者が記入

(様式 社-3)

実務経験申告書

※記入不要 次番

九州医療専門学校
校長 殿

氏名 九福 太郎
〒841-0016
現住所 鳥栖市田代外町1526-1
TEL 0942(83)3312

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、所属長等の証明書を添えて、申告します。

年 月 日

	施設・事業種類と名称※1	職種※1	期間(西暦でご記入ください)	証明権者名
例	種類 特別養護老人ホーム 名称 ひまわり	生活相談員	2020年4月1日～ 年 月 日 ☑現在に至る	理事長 門司 誠一
1	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □現在に至る	
2	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □現在に至る	
3	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □現在に至る	
4	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □現在に至る	
5	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □現在に至る	

※1 『実務経験等に関する参考資料』(P47～)に記載の施設・事業種類及び職種を確認し、記入してください。

(注) 1.上記の記載内容は、「実務経験(見込)証明書」(社-4または社-5)の記載内容と一致するように、出願者がご記入ください。
2.証明内容を訂正した場合は、出願者の印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本申告書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4.施設のパンフレットがあれば同封してください。

施設・事業種類及び施設名を記載すること。

必ず、記入すること。

職種は、実務経験(見込)証明書と一致していること。『実務経験等に関する参考資料』(P47～)に記載の職種であること。

証明権者は、施設・機関の代表者であること。また、氏名まで記入すること。

現在も勤務中の場合は、「現在に至る」にチェックすること。

実務経験(見込)証明書〈個票〉〔施設(事業所)職員用〕(様式 社-4) 記入例

証明権者が記入

※実務経験を有する者は、**実務経験申告書**及び**実務経験(見込)証明書**を必ず提出すること。

証明権者が記入

(様式 社-4)

※記入不要 次 番

実務経験(見込)証明書〈個票〉
〔施設(事業所)職員用〕

ふりがな	きゅうふく たろう	性別	生年月日
氏名	九福 太郎	男・女	0000年 0月 0日 (満 00歳)
施設(事業)種類※1	地域活動支援センター		
施設・事業所の名称	○○○○		
職種※1(名)			

※(1)、(2)いずれかに(☑マークを入れ)、西暦でご記入ください。

□ (1)上記の者は、0000年 0月 0日から当施設・機関において相談援助業務に従事している者であることを証明します。(0年 0カ月)

□ (2)上記の者は、0000年 0月 0日から0000年 0月 0日(0年 0カ月)まで当施設・機関において相談援助業務に従事していた者であることを証明します。

0000年 0月 0日

〒841-0014

所在地 鳥栖市桜町1449-1

施設・機関名 ○○○○

電話番号 0942(83)4483

施設・機関代表者 施設長 九福 花子

※1 『実務経験等に関する参考資料』(P47～)に記載の施設・事業種類及び職種を確認し、記入してください。

(注) 1.上記の記載内容は、「実務経験申告書」(社-3)の記載内容と一致することが必要です。
2.証明内容を訂正した場合は、証明権者の公印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。

日付も忘れずに記入してもらうこと。

施設・機関の公印を必ず押印してもらうこと。(※代表者の私印は認められません)

『実務経験等に関する参考資料』(P47～)を参照の上、施設種類と職種の組み合わせを一致させて記入すること。

訂正印も代表者の私印ではなく公印を押印すること。

注意事項

- ●申告・証明された内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「社会福祉士及び介護福祉士法」第32条第1項 第二号の定めにより社会福祉士の登録が取り消されます。
- ●入学要件及び実務経験の確認のため、申告された事業所等に照会させていただくこともございますので、事前にご了承ください。

（様式 社-1）

※記入不要

次　　番	
実習	無 ・ 240 ・ 180

入 学 願 書

ふりがな 氏名		生年月日	西暦　　年　　月　　日 （満　　歳）	性別	男・女	写　真 ※4cm×3cm 1.正面上半身、脱帽 2.3カ月以内に撮影したもの
現住所	〒　　- TEL　（　　）　携帯　（　　）　メールアドレス					
連絡先	ふりがな 所在地　現住所以外に連絡を希望する場合のみご記入ください(〒　　ー　　)					電話（　　） ー

勤務先	右記の該当する□に✓マークをいれてください　□ 実習施設(本校のソーシャルワーク実習)　□実習施設以外			
	法人名		施設･事業種類	
	名　称		職　種	
	所在地	〒　　-	電話	ー　　ー

該当する入学資格に○をつけてください

入学資格	1. 4年制大学等卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」を添付。 実務経験のある方は、「実務経験申告書」「実務経験(見込)証明書」も添付。
	2. 3年制短期大学等卒業 + 実務経験1年以上 → 「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験(見込)証明書」を添付。
	3. 2年制短期大学等卒業 + 実務経験2年以上 → 「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験(見込)証明書」を添付。
	4. 高等学校卒業 + 実務経験4年以上 → 「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験(見込)証明書」を添付。

入学資格に関わる学校(卒業証明書を添付する学校)

大　学（　年制） 短期大学（　年制） 高等学校（　年制） 学　校（　年制）	学部 学科	年　月 卒業・卒業見込

本校の卒業生はご記入ください

卒業学科　　科	卒業年月　　年　月

上記の記載事項は、すべて事実と相違ありません。

年　月　日　氏名

社会福祉士 通信学科

きりとり線

（様式 社-2）

履　歴　書

※西暦でご記入ください

年	月	学歴・職歴を項目別に記入（始期・終期を明確に）
		高等学校卒業
取得年	月	資　格　・　免　許

本校を知った情報源についてご記入ください（該当するものに○）	大学の先生（　　） 本校卒業生（　　） 本校ホームページ（　　） 情報雑誌（雑誌名　　） 新聞（　　新聞）	家族（　　）　友人・知人（　　） 電車広告（　　）　TV（　　）　看板（　　） 職場に届いたパンフレット（　　） その他（　　）

※記入欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください。

ご協力ありがとうございました。

社会福祉士 通信学科

きりとり線

出願者が記入

（様式 社-3）

※記入不要 次　番

実務経験申告書

九州医療専門学校
校　長　殿

氏　名

〒□□□-□□□□

現住所

TEL　（　）

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、所属長等の証明書を添えて、申告します。

記入日：　年　月　日

	施設・事業種類と名称 ※1	職種 ※1	期間（西暦でご記入ください）	証明権者名
例	種類 特別養護老人ホーム 名称 ひまわり	生活相談員	2020年 4月 1日～ 年 月 日 ☑現在に至る	理事長 門司 誠一
1	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □ 現在に至る	
2	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □ 現在に至る	
3	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □ 現在に至る	
4	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □ 現在に至る	
5	種類 名称		年 月 日～ 年 月 日 □ 現在に至る	

※1 『実務経験等に関する参考資料』(P47～)に記載の施設・事業種類及び職種を確認し、記入してください。

（注） **1.上記の記載内容は、「実務経験(見込)証明書」(社-4または社-5)の記載内容と一致するように、出願者がご記入ください。**
2.証明内容を訂正した場合は、出願者の印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本申告書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4.施設のパンフレットがあれば同封してください。

きりとり線

証明権者が記入

（様式 社-4）

※記入不要

次　　番

実務経験（見込）証明書〈個票〉
〔施設（事業所）職員用〕

ふりがな		性別	生年月日
氏　　名		男・女	年　月　日 （満　　歳）
施設（事業）種類※1			
施設・事業所の名称			
職　種※1（名）			

※（1）、（2）いずれかに（☑ マークを入れ）、西暦でご記入ください。

□ （1）上記の者は、　　年　月　日から当施設・機関において相談援助業務に従事している者であることを証明します。（　　年　カ月）

□ （2）上記の者は、　　年　月　日から　　年　月　日（　年　カ月）まで当施設・機関において相談援助業務に従事していた者であることを証明します。

年　月　日　（この日付時点で計算すること。）

〒□□□-□□□□

所　在　地

施設・機関名

電　話　番　号　（　　）

施設・機関代表者　　公印

※1 『実務経験等に関する参考資料』（P47～）に記載の施設・事業種類及び職種を確認し、記入してください。

（注）**1.上記の記載内容は、「実務経験申告書」（社-3）の記載内容と一致することが必要です。**
2.証明内容を訂正した場合は、証明権者の公印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。

きりとり線

証明権者が記入

（様式 社-5）

※記入不要 次　　番

実務経験(見込)証明書〈個票〉〔医療機関職員用〕

ふりがな		性別	生年月日
氏　　名		男・女	年　月　日 （満　　歳）
医療機関種類	病　院　・　診　療　所　（該当種類を○で囲んでください。）		
職　種　名 ※1	どちらかの□に✓マークを入れてください。 □ 退院後生活環境相談員　　□ 相談業務を行っている職員		
業務内容	以下の**全ての**相談援助業務を行っている職員。 （ア～エの全てを行っていない場合は証明できません。） ア　患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助 イ　患者が抱える心理的・社会的問題の解決、調整に係る相談援助 ウ　患者の退院に当たっての社会復帰の相談援助 エ　以上の相談援助業務を行うための地域における保健医療福祉の関係機関、関係職種等との連携等の活動		

※(1)、(2)いずれかに(☑ マークを入れ)、西暦でご記入ください。

□ (1)　上記の者は、　　年　月　日から当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として現在も勤務している者であることを証明します。

□ (2)　上記の者は、　　年　月　日から　　年　月　日まで、当医療機関において、上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務した者であることを証明します。

年　月　日

〒□□□-□□□□

所在地

法人名

医療機関名

電話番号　（　　）

医療機関代表者　　公印

※1 『実務経験等に関する参考資料』(P51)に記載の施設・事業種類及び職種を確認し、記入してください。

（注）**1.上記の記載内容は、「実務経験申告書」(社-3)の記載内容と一致することが必要です。**
2.証明内容を訂正した場合は、証明権者の公印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。

きりとり線

（様式 社-6）

※記入不要

次　　番

紹　介　状

出願者氏名	
生 年 月 日	年　　月　　日

上記の方を貴校の社会福祉士通信学科に紹介いたします。

年　　月　　日

九州医療専門学校　校長殿

紹介者

住　　所	〒
氏　　名	
電 話 番 号	（　　）
本校と紹介者との関係	（注）施設・事業所からのご紹介の場合は、施設又は事業所名と役職をご記入ください。 本校卒業生からのご紹介の場合は、卒業生の卒業学科・卒業年月をご記入ください。 本校在校生からのご紹介の場合は、在籍の学科・学籍番号・学年等をご記入ください。 本校卒業生及び在校生を紹介することはできません。

※必ず願書と同時に提出してください。

きりとり線

（様式 社-7）

※記入不要

次　　番

資格取得申請書

九州医療専門学校
校長殿

受験する学科　　社会福祉士通信学科

氏　　名

きりとり線

私は精神保健福祉士の資格を取得していますので、国家資格の登録証の写しを添え、校納金の減免申請をします。

年　　月　　日

（様式 社-8）

※記入不要

次　　番

小 論 文 用 紙

氏 名		生年月日	年　　月　　日（満　　歳）

令和7年度 小論文課題

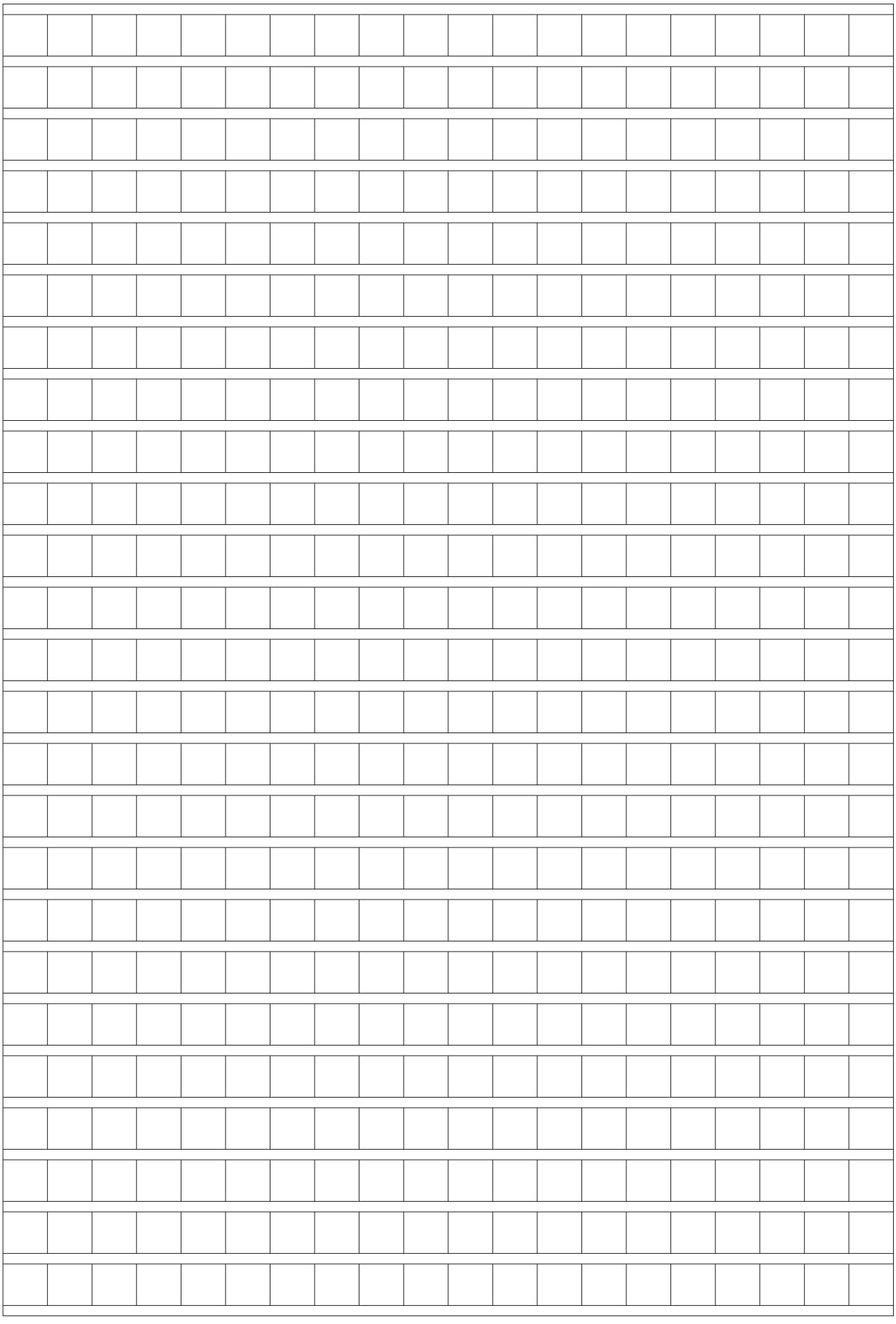
「私が社会福祉士になって行いたいこと」

評価A	評価B

※700字以上800字以内に横書きでご記入ください。（文字数が足りない場合は減点の対象となります）
※原稿用紙の使い方を守ってご記入ください。（段落の始めは1マス空ける、等）
※必ずボールペン又は万年筆でご記入ください。
※修学資金の申し込みをされる方は、小論文の成績が選考に影響することがあります。
※社会福祉士の説明は不要です。

裏面につづく▶

きりとり線



きりとり線

提出書類一覧

自筆で、ボールペン又は万年筆でご記入ください。

精神保健福祉士通信学科

●入学願書 記入例・実務経験申告書 記入例 …… P27
●実務経験証明書〈個票〉記入例 …… P28

■入学願書 ……（様式 精-1）
■履歴書 ……（様式 精-2）
■実務経験申告書 ……（様式 精-3）
■実務経験証明書〈個票〉 ……（様式 精-4）
■紹介状 ……（様式 精-5）
■小論文用紙 ……（様式 精-6）
■精神保健福祉士基礎科目履修(見込)証明書 ※短期養成課程のみ
①平成21年3月までの入学者 ……（様式 精7-1）
②平成21年4月から平成24年3月までの入学者 ……（様式 精7-2）
③平成24年4月から令和3年3月までの入学者 ……（様式 精7-3）
④令和3年4月以降の入学者 ……（様式 精7-4）
■受験料振込証明書提出用紙 ……（様式 A-共通）

※巻末の折込み用紙をご参照ください。社会福祉士と共通です。
※下記の学科コードは、巻末の折込み用紙の取り扱い下部にも記載しております。

学科コードはお間違えないように必ず記入してください

学科コード		
精神保健福祉士通信学科<短期養成課程>	014	Wスクールの方 013
精神保健福祉士通信学科<一般養成課程>	012	

※入学願書等出願関係書類にご記入いただいた個人情報は、入学選考のみに使用し、それ以外の使用及び第三者に提供することはいたしません。
※書類等は返却いたしませんのでご了承ください。

提出書類は、本校ホームページからダウンロードすることもできます。

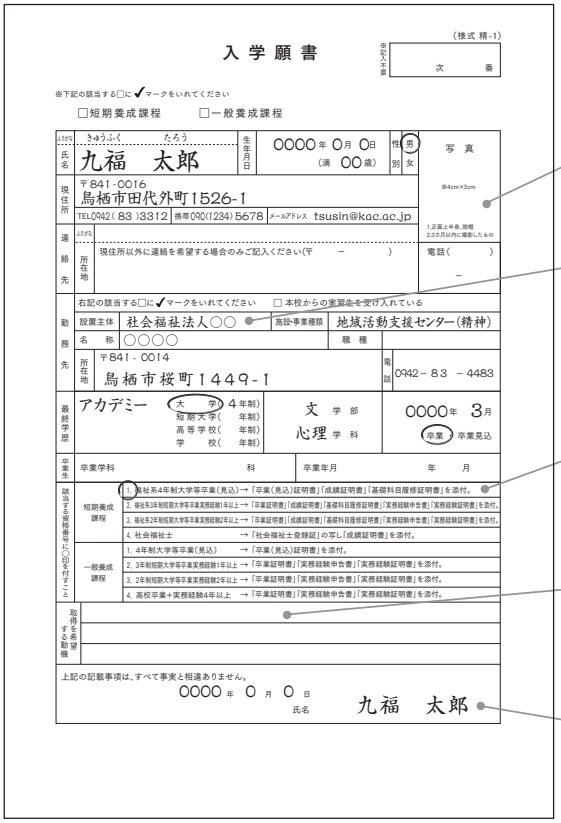
https://www.kac.ac.jp くわしい情報はホームページで!! KAC アカデミー 検索

入学要件・実務経験・入試・校納金に関する お問い合わせ

0120-83-2255

※ご記入の前にP28下の【注意事項】を必ずご確認ください。

入学願書(様式 精-1) 記入例



（様式 精-1）

入 学 願 書

※記入不要　次　番

※下記の該当する□に✓マークをいれてください

□短期養成課程　□一般養成課程

ふりがな	きゅうふく　たろう	生年月日	0000年0月0日（満00歳）	性別 男・女
氏名	九福　太郎			写真

現住所：〒841-0016 鳥栖市田代外町1526-1
TEL0942(83)3312　携帯090(1234)5678　メールアドレス tsusin@kac.ac.jp

連絡先：ふりがな　現住所以外に連絡を希望する場合のみご記入ください（〒　－　）　電話（　）　－

勤務先：右記の該当する□に✓マークをいれてください　□ 本校からの実習先を受け入れている

設置主体	社会福祉法人○○	施設・事業種類	地域活動支援センター(精神)
名称	○○○○	職種	
所在地	〒841-0014 鳥栖市桜町1449-1	電話	0942-83-4483

最終学歴：アカデミー　大学（4年制）／短期大学（　年制）／高等学校（　年制）／学校（　年制）　文学部 心理学科　0000年3月 卒業（卒業見込）

卒業生：卒業学科　科　卒業年月　年　月

該当する資格番号に○印を付すこと

短期養成課程
1. 福祉系4年制大学等卒業（見込）→「卒業（見込）証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」を添付。
2. 福祉系3年制短期大学等卒業見込期間1年以上→「卒業証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
3. 福祉系2年制短期大学等卒業見込期間2年以上→「卒業証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
4. 社会福祉士　→「社会福祉士登録証」の写し「成績証明書」を添付。

一般養成課程
1. 4年制大学等卒業（見込）　→「卒業（見込）証明書」を添付。
2. 3年制短期大学等卒業見込期間1年以上→「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
3. 2年制短期大学等卒業見込期間2年以上→「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
4. 高校卒業＋実務経験4年以上　→「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。

取得を希望する動機

上記の記載事項は、すべて事実と相違ありません。
0000年0月0日　氏名　九福　太郎

写真はのり付けすること。

法人名を記入すること。

該当する受験資格に○を付けること。

資格取得を希望する動機について、必ず記入すること。
（※合否判定の参考にいたします）

本人が記入すること。

実務経験申告書(様式 精-3) 記入例

出願者が記入

（様式 精-3）

実務経験申告書

※記入不要　次　番

九州医療専門学校
校長 殿

氏名
〒□□□-□□□□
現住所
TEL（　）

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、実習経験証明書(様式 精-4)を添えて、申告します。

年　月　日

	実務経験の内容		期間	施設・個人代表者
例	施設・事業所の名称	○○病院	2020年4月1日～	理事長 ○○○○
	施設・事業種類※1	精神科病院	年　月　日	
	具体的な職種※1	相談員	☑現在に至る	
1	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□現在に至る	
2	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□現在に至る	
3	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□現在に至る	
4	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□現在に至る	
5	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□現在に至る	

※1 P71～に記載の施設・事業種類及び具体的な職種を確認し、記入してください。

（注）1.上記の記載内容は、「実務経験証明書(様式 精-4)」の記載内容と一致するように、出願者がご記入ください。
2.証明内容を訂正した場合は、出願者の印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本申告書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4.施設のパンフレットを同封してください。

必ず、記入すること。

出願者が記入

※実務経験を有する者は、**実務経験申告書**及び**実務経験証明書**を必ず提出すること。また、施設のパンフレットを同封のこと。

記載内容について、実務経験証明書(様式 精-4)と一致させること。
また、施設・事業種類及び具体的な職種については、P71～に記載されていることを確認すること。

実務経験証明書〈個票〉(様式 精-4) 記入例

※用紙が不足する場合はコピーしてご使用ください。

証明権者が記入

(様式 精-4)

※記入不要 次　番

実務経験証明書〈個票〉

ふりがな	きゅうふく　たろう	性別	生年月日
氏名	九福　太郎	男・女	0000年0月0日 (満00歳)
施設・事業所の名称	○○○○		
施設・事業種類※1	地域活動支援センター		
具体的な職種※1			
業務内容	以下に該当する業務が、年間を通じた業務時間の概ね5割以上である。 ①精神障害者の円滑な社会復帰に資する各種の情報提供 ②精神障害者の住居や就労の場の選択肢についての助言、提案 ③精神障害者が社会生活に適応するための訓練 ④個々の精神障害者のニーズに応じた多様な支援 ⑤援助を行うための関係者との連絡、調整等 ※児童が利用者である施設においては、精神障害がある障害児及び精神障害者である保護者の双方に対する①―⑤の業務を含む		
業務開始日 (西暦でご記入ください)	0000年0月0日		
業務終了日 (西暦でご記入ください)	0000年0月0日 □ 現在に至る		

上記の通り、実務経験を有することを証明する

0000年0月0日

〒841-0014

所在地　鳥栖市桜町1449-1

施設・機関名　○○○○

電話番号　0942 (83) 4483

施設・機関代表者　施設長　九福　花子

※1 P71～に記載の施設・事業種類及び具体的な職種を確認し、記入してください。

(注) 1.上記の記載内容は、「実務経験申告書(様式 精-3)」の記載内容と一致する必要があります。
2.証明内容を訂正した場合は、証明権者の公印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4.総合病院や診療所に勤務されている方は、施設・機関名の横に「精神科若しくは心療内科標榜」とご記入ください。

証明権者が記入

※実務経験を有する者は、実務経験申告書及び実務経験証明書を必ず提出すること。

P71～を参照の上施設種類と職種の組み合わせを一致させて記入すること。

日付も忘れずに記入してもらうこと。

施設・機関の公印を必ず押印してもらうこと。
(※代表者の私印は認められません)

訂正印も代表者の私印ではなく公印を押印すること。

注意事項

●申告・証明された内容について、虚偽又は不正が判明した場合は、「精神保健福祉士法」第32条 第1項 第二号の定めにより精神保健福祉士の登録が取り消されます。

●入学要件及び実務経験の確認のため、申告された事業所等に照会させていただくこともございますので、事前にご了承ください。

（様式 精-1）

入学願書

※記入不要　次　番

※下記の該当する□に✔マークをいれてください

□短期養成課程　□一般養成課程

ふりがな 氏名		生年月日	年　月　日 （満　歳）	性別	男・女
現住所	〒　-				写真 ※4cm×3cm
	TEL　（　）	携帯　（　）	メールアドレス		
連絡先	ふりがな				1.正面上半身、脱帽 2.3カ月以内に撮影したもの
	所在地	現住所以外に連絡を希望する場合のみご記入ください（〒　－　）			電話（　） －

勤務先	右記の該当する□に✔マークをいれてください　□ 本校からの実習生を受け入れている			
	設置主体		施設・事業種類	
	名　称		職　種	
	所在地	〒　-	電話	－　－

最終学歴	大　学（　年制） 短期大学（　年制） 高等学校（　年制） 学　校（　年制）	学部 学科	年　月 卒業・卒業見込
卒業生	卒業学科　科	卒業年月	年　月

該当する資格番号に○印を付すこと	短期養成課程	1. 福祉系4年制大学等卒業（見込）→「卒業（見込）証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」を添付。
		2. 福祉系3年制短期大学等卒業実務経験1年以上 →「卒業証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
		3. 福祉系2年制短期大学等卒業実務経験2年以上 →「卒業証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
		4. 社会福祉士 →「社会福祉士登録証」の写し「成績証明書」を添付。
	一般養成課程	1. 4年制大学等卒業（見込） →「卒業（見込）証明書」を添付。
		2. 3年制短期大学等卒業実務経験1年以上 →「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
		3. 2年制短期大学等卒業実務経験2年以上 →「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。
		4. 高校卒業＋実務経験4年以上 →「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。

取得を希望する動機	

上記の記載事項は、すべて事実と相違ありません。

年　月　日

氏名

きりとり線

精神保健福祉士 通信学科

（様式 精-2）

履　歴　書

※西暦でご記入ください

年	月	学歴・職歴を項目別に記入（始期・終期を明確に）
		高等学校卒業
取得年	月	資　格　・　免　許

本校を知った情報源についてご記入ください（該当するものに○）	大学の先生（　　） 本校卒業生（　　） 本校ホームページ（　　） 情報雑誌（雑誌名　　） 新聞（　　新聞）	家族（　　）　友人・知人（　　） 電車広告（　　）　TV（　　）　看板（　　） 職場に届いたパンフレット（　　） その他（　　）

※記入欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください。

ご協力ありがとうございました。

精神保健福祉士 通信学科

きりとり線

出願者が記入

（様式 精-3）

※記入不要 次　番

実務経験申告書

九州医療専門学校
校　長　殿

氏　名

〒□□□-□□□□

現住所

TEL　（　）

私の相談援助に関する実務経験は、次のとおりですので、実習経験証明書（様式 精-4）を添えて、申告します。

年　月　日

実務経験の内容			期間	施設・機関代表者
例	施設・事業所の名称	○○病院	2020 年 4 月 1 日～	理事長 ○○○○
	施設・事業種類※1	精神科病院	年　月　日	
	具体的な職種※1	相談員	☑現在に至る	
1	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□ 現在に至る	
2	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□ 現在に至る	
3	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□ 現在に至る	
4	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□ 現在に至る	
5	施設・事業所の名称		年　月　日～	
	施設・事業種類		年　月　日	
	具体的な職種		□ 現在に至る	

※1 P71～に記載の施設・事業種類及び具体的な職種を確認し、記入してください。

（注）**1.上記の記載内容は、「実務経験証明書（様式 精-4）」の記載内容と一致するように、出願者がご記入ください。**
2.証明内容を訂正した場合は、出願者の印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3.本申告書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4.施設のパンフレットを同封してください。

きりとり線

※用紙が不足する場合はコピーしてご使用ください。

証明権者が記入

（様式 精-4）

※記入不要 次　番

実務経験証明書〈個票〉

ふりがな		性別	生年月日
氏　名		男・女	年　月　日 （満　歳）
施設・事業所の名称			
施設・事業種類※1			
具体的な職種※1			
業務内容	以下に該当する業務が、年間を通じた業務時間の概ね5割以上である。 ①精神障害者の円滑な社会復帰に資する各種の情報提供 ②精神障害者の住居や就労の場の選択肢についての助言、提案 ③精神障害者が社会生活に適応するための訓練 ④個々の精神障害者のニーズに応じた多様な支援 ⑤援助を行うための関係者との連絡、調整等 ※児童が利用者である施設においては、精神障害がある障害児及び精神障害者である保護者の双方に対する①～⑤の業務を含む		
業務開始日 （西暦でご記入ください）	年　月　日		
業務終了日 （西暦でご記入ください）	年　月　日 □ 現在に至る		

上記の通り、実務経験を有することを証明する

年　月　日

〒□□□-□□□□

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

施設・機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 （　　） ＿＿＿＿＿＿＿＿

施設・機関代表者 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 公印

※1 P71～に記載の施設・事業種類及び具体的な職種を確認し、記入してください。

（注）1. 上記の記載内容は、「実務経験申告書（様式 精-3）」の記載内容と一致する必要があります。
2. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の公印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
3. 本証明書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。
4.総合病院や診療所に勤務されている方は、施設・機関名の横に「精神科若しくは心療内科標榜」とご記入ください。

きりとり線

（様式 精-5）

※記入不要	次　　番

紹　介　状

出願者氏名	
生 年 月 日	年　　月　　日

上記の方を貴校の精神保健福祉士通信学科に紹介いたします。

年　　月　　日

九州医療専門学校　校長殿

紹介者

住　　所	〒
氏　　名	
電 話 番 号	（　　）
本校と紹介者との関係	（注）施設・事業所からのご紹介の場合は、施設又は事業所名と役職をご記入ください。 本校卒業生からのご紹介の場合は、卒業生の卒業学科・卒業年月をご記入ください。 本校在校生からのご紹介の場合は、在籍の学科・学籍番号・学年等をご記入ください。 本校卒業生及び在校生を紹介することはできません。

※必ず願書と同時に提出してください。

きりとり線

（様式 精-6）

※記入不要	次　　番

小 論 文 用 紙

氏 名		生年月日	年　　月　　日（満　　歳）
受験する学科 ※右記の該当する□に✓をいれてください		□短期養成課程	□一般養成課程

課題

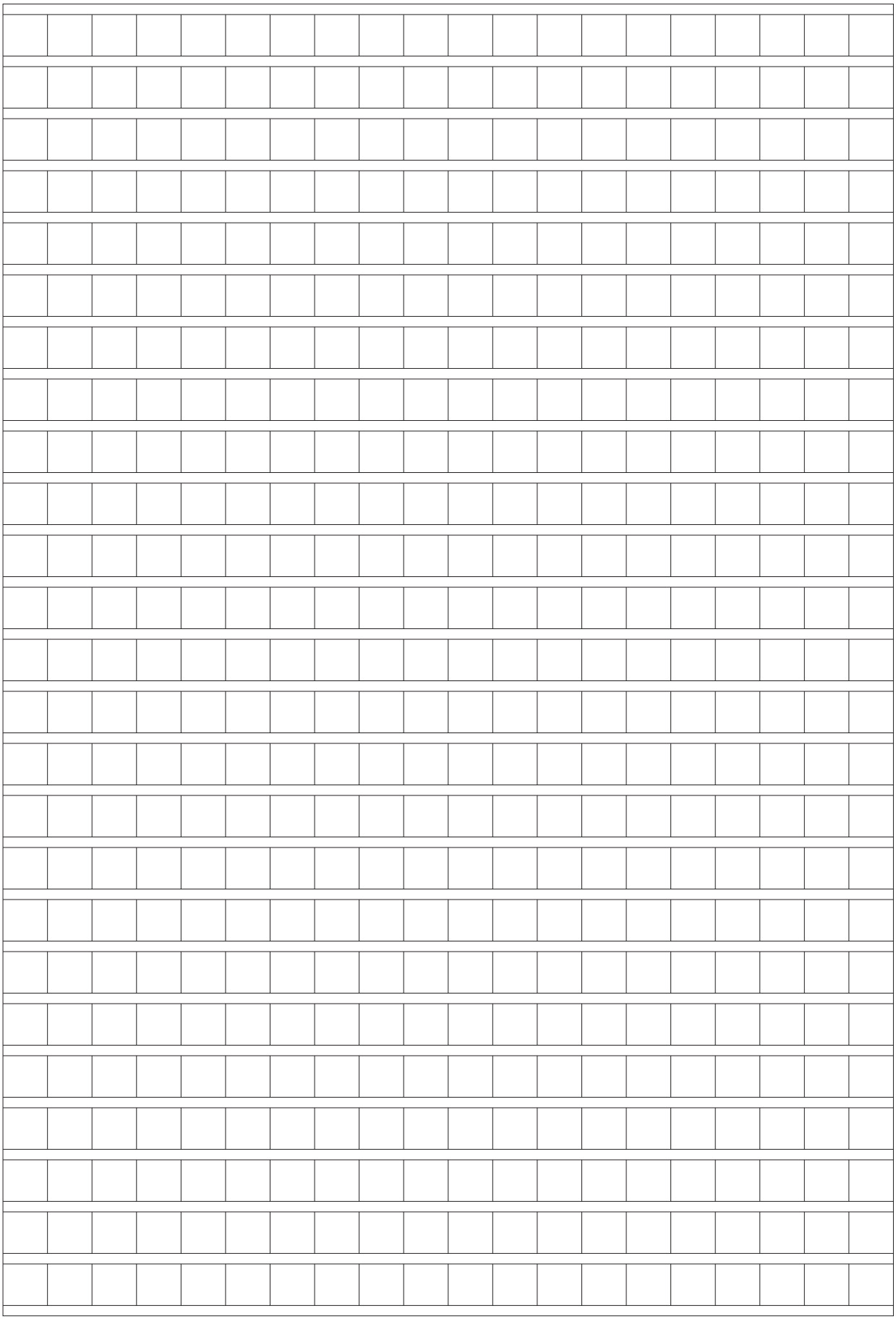
「精神保健福祉士の役割について」

評価A	評価B	総合

※700字以上800字以内に横書きでご記入ください。（文字数が足りない場合は減点の対象となります）
※原稿用紙の使い方を守ってご記入ください。（段落の始めは1マス空ける、等）
※必ずボールペン又は万年筆でご記入ください。

裏面につづく▶

きりとり線


700
800

①平成21年3月までの入学者

（様式 精7-1）

精神保健福祉士基礎科目履修証明書

【基礎科目】精神保健福祉士法第7条第2号・平成10年厚生省告示第9号

ふりがな		生年月日	
氏名		年 月 日生	
学部・学科		学籍番号	
入学年月	年 月	卒業年月	年 月

	科目名	履修状況	大学等において指定科目を読み替えている開講科目名	読替認定年月日及び番号等
1	社会福祉原論			
2	社会保障論			
	公的扶助論			
	地域福祉論			
3	精神保健福祉援助技術総論			
4	医学一般			
5	心理学			
	社会学			
	法学			

（注）1 履修した科目は「履修」と記入。
2 読替認定年月日の欄について、読替通知の範囲の場合は、「読替通知の範囲」と記入。
3 上記科目の「2」「5」については、それぞれいずれか1科目を履修すればよい。

上記の者は、当大学等において、上記基礎科目を修めたことを証明します。

年 月 日

所在地

大学等名

大学等代表者氏名

きりとり線

②平成21年4月から平成24年3月までの入学者

（様式 精7-2）

精神保健福祉士基礎科目履修証明書

【基礎科目】精神保健福祉士法第7条第2号・平成20年厚生労働省告示第308号

ふりがな		生年月日	
氏名		年 月 日生	
学部・学科		学籍番号	
入学年月	年 月	卒業年月	年 月

	科目名	履修状況	大学等において指定科目を読み替えている開講科目名	読替認定年月日及び番号等
1	人体の構造と機能及び疾病			
	心理学理論と心理的支援			
	社会理論と社会システム			
2	社会保障			
3	低所得者に対する支援と生活保護制度			
4	福祉行財政と福祉計画			
5	保健医療サービス			
6	権利擁護と成年後見制度			
7	精神保健福祉援助技術総論			

（注）1 履修した科目は「履修」と記入。
2 読替認定年月日の欄について、読替通知の範囲の場合は、「読替通知の範囲」と記入。
3 上記科目の「1」については、いずれか1科目を履修すればよい。

上記の者は、当大学等において、上記基礎科目を修めたことを証明します。

年 月 日

所在地

大学等名

大学等代表者氏名

きりとり線

③平成24年4月以降の入学者

（様式 精7-3）

精神保健福祉士基礎科目履修（見込）証明書

【基礎科目】精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令（平成23年文部科学省令・厚生労働省令第3号）

ふりがな			生年月日	
氏名			年　月　日生	
学部・学科			学籍番号	
入学年月	年　月	卒業（見込）年月	年　月	

	科目名	履修状況	大学等において指定科目を読み替えている開講科目名	読替認定年月日及び番号等
1	人体の構造と機能及び疾病			
	心理学理論と心理的支援			
	社会理論と社会システム			
2	現代社会と福祉			
3	地域福祉の理論と方法			
4	社会保障			
5	低所得者に対する支援と生活保護制度			
6	福祉行財政と福祉計画			
7	保健医療サービス			
8	権利擁護と成年後見制度			
9	障害者に対する支援と障害者自立支援制度			
10	精神保健福祉相談援助の基盤（基礎）			
11	精神保健福祉援助演習（基礎）			

（注）1　履修した科目は「履修」と記入。
　　2　読替認定年月日の欄について、読替通知の範囲の場合は、「読替通知の範囲」と記入。
　　3　上記科目の「1」については、いずれか1科目を履修すればよい。

上記の者は、当大学等において、上記基礎科目を修めた（修める見込である）ことを証明します。

年　月　日

所在地

大学等名

大学等代表者氏名

きりとり線

④令和3年4月以降の入学者

（様式 精7-4）

精神保健福祉士基礎科目履修（見込）証明書

【基礎科目】精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令

ふりがな		生年月日	
氏名		年　月　日生	
学部・学科		学籍番号	
入学年月	年　月	卒業（見込）年月	年　月

	科目名	履修状況	大学等において指定科目を読み替えている開講科目名	読替認定年月日及び番号等
1	医学概論			
2	心理学と心理的支援			
3	社会学と社会システム			
4	社会福祉の原理と政策			
5	地域福祉と包括的支援体制			
6	社会保障			
7	障害者福祉			
8	権利擁護を支える法制度			
9	刑事司法と福祉			
10	社会福祉調査の基礎			
11	ソーシャルワークの基盤と専門職			
12	ソーシャルワーク演習			

（注）1　履修した科目は「履修」と記入。
2　読替認定年月日の欄について、読替通知の範囲の場合は、「読替通知の範囲」と記入。
3　上記科目の「12」について、社会福祉に関する科目を定める省令第一条第二十号を履修した者については、「免除」と記入

上記の者は、当大学等において、上記基礎科目を修めた（修める見込である）ことを証明します。

年　月　日

所在地

大学等名

大学等代表者氏名

きりとり線

❶

受験料振込証明書（本人控え）

令和　年　月　日										
金額			百万			千				円
振込先	佐賀銀行　鳥栖支店									
受取人	預金項目	普通	口座番号	1573114						
	学校法人　九州アカデミー学園 理事長　門司　誠一									
志望学科										
学科コード										
依頼人 氏名	(フリガナ)									
依頼人 住所	(フリガナ)									
	(電話)									

手数料	百	十	円

出納印

※本人控えです。大切に保管してください。
※振込の際は、必ず学科コード・振込依頼人氏名の順で打電してください

キリトリ線

❷

受験料振込証明書（提出用）

令和　年　月　日										
金額			百万			千				円
振込先	佐賀銀行　鳥栖支店									
受取人	預金項目	普通	口座番号	1573114						
	学校法人　九州アカデミー学園 理事長　門司　誠一									
志望学科										
学科コード										
依頼人 氏名	(フリガナ)									
依頼人 住所	(フリガナ)									
	(電話)									

本票は学園提出用です。

出納印

キリトリ線

❸

電信扱い

受験料振込証明書（取扱店保存）

お願い
※太枠の中だけボールペンでご記入ください。
※カナ文字により送信しますので、必ずフリガナをおつけください。
※振込の際は、必ず学科コード・振込依頼人氏名の順で打電してください。

令和　年　月　日										
振込先	佐賀銀行　鳥栖支店									
	預金項目	普通	口座番号	1573114						
(フリガナ)	ガク)キュウシュウアカデミーガクエン リジチョウ モンジ セイイチ									
口座名	学校法人　九州アカデミー学園 理事長　門司　誠一									
桜町										
打電番号	学科コード									
	振込依頼人氏名 (※学生氏名をカタカナで記入してください。)									
依頼人 氏名	(フリガナ)									
依頼人 住所	(フリガナ)									
	(電話)									

勘定科目										
手数料	円　依頼人負担									
金額		億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
内訳	現　金									
	当店券　枚									
	他店券　枚									
振　替										
備考	出納印									
振替科目										

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

社会福祉士・精神保健福祉士
（様式A-共通）受験料振込証明書提出用紙

氏名	
志望	科

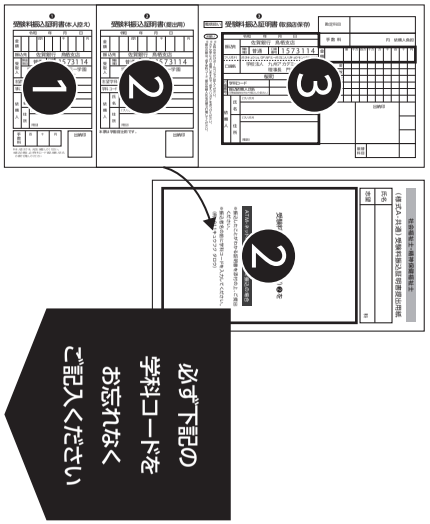
受験料振込証明書（提出用）❷を
貼付ください。

ATM・ネットバンキング利用で振込の場合

※振込したことがわかる証明書を添付の上、ご提出ください。
※振込者名の前に学科コードを入力してください。
（例：011キュウフク タロウ）

〈受験料振込証明書の取り扱い〉

1.左振込用紙を金融機関に切り取らずに持参し、振込を行ってください。※中央の縦のキリトリ線は事前に切り離してください。
2.振込用紙のうち受験料振込証明書（提出用）を（様式A-共通）受験料振込証明書提出用紙に貼付し、出願書類に同封し、提出してください。



学科コードはお間違えないようにご記入ください。

		学科コード	金額
社会福祉士通信学科	一般養成課程	011	5,000円
精神保健福祉士通信学科	短期養成課程	014	
	一般養成課程	012	
Wスクールの方		013	10,000円