

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

古野キャンパス

☎ 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。

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。
別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P1～)
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。

出願者が記入

(様式 社-3)

実務経験 申告書

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

次 番

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。

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
● 特別養護老人ホーム 例 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 別冊の「実務経験等に関する参考資料」(P1～)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. 施設のパフレットがあれば同封してください。

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)

実務経験(見込)証明書(個票)
〔施設(事業所)職員用〕

氏名 九福 太郎 性別 男 生年月日 0000年 〇月 〇日 (満 〇〇歳)

施設・事業所の名称 〇〇〇〇

施設(事業)種類 地域活動支援センター

職種 〇 (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 〇月 〇日から当該施設・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。

☐ (2)上記の者は、0000年 〇月 〇日から0000年 〇月 〇日(〇年 〇ヵ月)まで当該施設・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 〇月 〇日

〒841-0038

所在地 鳥栖市田古野町176-8

施設・機関名 特別養護老人ホーム

電話番号 0942 (83) 0038

施設・機関代表者 施設長 九福 花子

※1 別冊の「実務経験等に関する参考資料」(P1～)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。

施設名だけでなく
施設種類及び入所・
通所の種類を記載
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)

別冊の『実務経験等に関する参考資料』
(P1～)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。

※記入不要

次 番	
実習	無・240・180

入 学 願 書

ふりがな				生年 月日	西暦	年	月	日	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
氏名								(満 歳)			
現住所											
	TEL	()	携帯	()	メールアドレス						
連絡先	ふりがな									電話 ()	
	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(〒 -)								-	
勤務先	右記の該当する□に✓マークをいれてください □ 福祉・医療施設 □ 福祉・医療施設以外										
	法人名					施設・事業種類					
	名称					職 種					
	所在地	〒 -					電話	- -			
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											
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											

きりとり線

[illegible]

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()	家族() 友人・知人()
	本校卒業生()	電車広告() TV() 看板()
	本校ホームページ()	職場に届いたパンフレット()
	情報雑誌(雑誌名) その他()	新聞()

※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。

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 _____

〒□□□-□□□□

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。

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	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
	名称 ひまわり			
1	種類		年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
	名称			
2	種類		年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
	名称			
3	種類		年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
	名称			
4	種類		年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
	名称			
5	種類		年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
	名称			

※1 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P1～)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、出願者でご記入ください。
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。

実務経験(見込)証明書<個票>
〔施設(事業所)職員用〕

※記入不要

次 番

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			
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。

☐ (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

〒□□□-□□□□

所 在 地

施 設 ・ 機 関 名

電 話 番 号

施設・機関代表者

(公印)

※1 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P1～)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。

実務経験(見込)証明書<個票>
〔医療機関職員用〕

※記入不要

次

番

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 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P1～)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

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。

資格取得申請書

九州医療専門学校
校長 殿

社会福祉士

通信
学科

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

次 番

氏 名		生年月日	年	月	日 (満 歳)
-----	--	------	---	---	---------

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。

[illegible]

きりとり線

700

800

1

受験料振込証明書(本人控え)

令和		年		月		日	
金額	百	千	円				5000
振込先		佐賀銀行 鳥栖支店					
預金項目	普通	口座番号	1573114				
受取人		学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 健					
志望学科							
学科コード							
依頼人	氏名	(フリガナ)					
	住所	(フリガナ)					
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。

2

受験料振込証明書(提出用)

令和		年		月		日	
金額	百	千	円				5000
振込先		佐賀銀行 鳥栖支店					
預金項目	普通	口座番号	1573114				
受取人		学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 健					
志望学科							
学科コード							
依頼人	氏名	(フリガナ)					
	住所	(フリガナ)					
出納印							

本票は学園提出用です。

3

受験料振込証明書(取扱店保存)

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				金額	億	千	万	十	円	5000
(フリガナ)		ガク キョウシユウアカデミーガクエーリシヨウ モンジ タケン											
口座名		学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 健											
打電番号		古野町											
学科コード													
振込依頼人氏名		(※学生氏名をガクナで記入してください。)											
(フリガナ)													
氏名													
住所		(フリガナ)											
依頼人		(フリガナ)											
備考													
出納印													
振替科目													

お願い
※本券の中央のキリトリ線をご記入ください。
※ガクナを金庫より送信しますので必ずガク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。

社会福祉士・精神保健福祉士

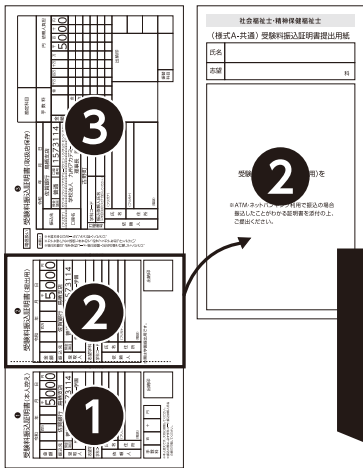
(様式A-共通) 受験料振込証明書提出用紙

氏名	
志望	科

受験料振込証明書(提出用)②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。

〈受験料振込証明書の取り扱い〉



必ず下記の学科コードをお忘れなくご記入ください

- 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。
- 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
社会福祉士通信学科	〈一般養成課程〉	011
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

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)
 - 資格取得申請書 (様式 精-6)
 - 小論文用紙 (様式 精-7)
 - 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8-1)
 - ②平成21年4月から平成24年3月までの入学者 (様式 精8-2)
 - ③平成24年4月以降の入学者 (様式 精8-3)
 - 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、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

入 学 願 書 (様式 精-1)

※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

氏名 九福 太郎	生年月日 0000 年 0 月 0 日 (満 00 歳)	性別 ☒ 男 ☐ 女	写真
〒841-0016 鳥栖市田代外町1526-1	TEL 0942(83) 3312 携帯 090(1234) 5678 Eメール tsusin@kac.ac.jp		
連絡先 〒841-0038 鳥栖市古野町176-8	TEL 0942- 83 - 4483		
勤務主体 ☒ 社会福祉法人 ☐ 施設・医療施設 ☐ 福祉・医療施設以外	勤務先 〒841-0038 鳥栖市古野町176-8		
職 名 〇〇〇〇	職 種 〇〇〇〇		
卒業学科 アカデミー	卒業年度 大学() 4 年制 高等学校() 3 年制 学 校() 年制	卒業年月 文 学 部 心 理 学 科 0000 年 3 月	卒業見込 ☒ 卒業 ☐ 卒業見込
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年制短大卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験証明書」を添付。 3. 福祉系3年制短大卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「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年制短大卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」「実務経験証明書」を添付。 3. 2年制短大卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」「実務経験証明書」を添付。 4. 短大卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」「実務経験証明書」を添付。			
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。

※短期養成課程は、社会福祉士の受験資格を取得した大学または専門学校の証明書を提出すること。

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

実務経験申告書 (様式 精-3)

出願者が記入

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、所屬長等の証明書を添えて、申します。

施設名及び事業種類※1	職 種※1	期 間 (西暦でご記入ください)	証明権者名
例 〇〇病院 (精神科病院)	相談員	2020 年 4 月 1 日～ 年 月 日 現在に至る	理事長 〇〇〇
1		年 月 日～ 年 月 日 現在に至る	
2		年 月 日～ 年 月 日 現在に至る	
3		年 月 日～ 年 月 日 現在に至る	
4		年 月 日～ 年 月 日 現在に至る	
5		年 月 日～ 年 月 日 現在に至る	

※1 別冊の「実務経験等に関する参考資料」(P19～)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、「実務経験証明書」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、出願者の印を併記してください。なお、修正済みの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。

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。

必ず、記入すること。

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。

職種は、実務経験証明書と一致していること。
別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P19～)に記載の職種であること。

施設・事業種類及び施設名を記載すること。

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。

(様式 精-4)

証明権者が記入

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	〇〇〇〇		
施設・事業種類※1	地域活動支援センター		
職種(名)※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應するための訓練 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両方に对する①～⑤の業務を含む		
業務開始日 (前欄でご記入ください)	0000 年 0 月 0 日		
業務終了日 (前欄でご記入ください)	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 ● 〒841-0038 所在地 馬栖市田古野町176-8 施設・機関名 〇〇〇〇 電話番号 0942 (83) 0038 施設・機関代表者 施設長 九福 花子			

※1 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P19～)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』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. 本証明書を複数必要な場合は、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「心療内科機関」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。

別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P19～)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。

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			生年 月日	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
氏名								
現住所	〒 -							
	TEL ()		携帯 ()		メールアドレス			
連絡先	ふりがな							電話 () -
	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(〒 -)						
勤務先	右記の該当する□に✓マークをいれてください ☐ 福祉・医療施設 ☐ 福祉・医療施設以外							
	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

ご協力ありがとうございました。

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、所属長等の証明書を添えて、申告します。

年 月 日

施設名及び事業種類 ※1		職種 ※1	期 間 (西暦でご記入ください)	証明権者名
例	〇〇病院 (精神科病院)	相談員	2020 年 4 月 1 日～ 年 月 日 ☒ 現在に至る	理事長 〇〇〇〇
1			年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
2			年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
3			年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
4			年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	
5			年 月 日～ 年 月 日 ☐ 現在に至る	

※1 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P19～)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、「実務経験証明書」の記載内容と一致するように、出願者でご記入ください。
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。

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			
職種(名)※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應するための訓練 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 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P19～)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」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。

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。

(注) 一般養成課程を受験される方のみが対象です。

※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

精神保健福祉士通信学科
一般養成課程

氏 名

私は社会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

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						

「精神障害者の地域生活を支援する 精神保健福祉士に求められる役割について」

評価A	評価B	総合

[illegible]

きりとり線

精神保健福祉士

通信
学科

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	平成	年	月	卒 業 年 月	平成 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

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	平成	年	月	卒 業 年 月	平成 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

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	平成	年	月	卒業(見込)年月	平成 令和 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

受験料振込証明書(本人控え)

令和		年		月		日	
金	額	百	千	円			
振込先		佐賀銀行 鳥栖支店					
預金	項目	普通	口座	1573114			
受取人		学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 健					
志望学科							
学科コード							
依	頼	氏	(フリガナ)				
		名					
人	住	(フリガナ)					
	所						
		(電話)					
手		数		料		円	
出納印		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。

受験料振込証明書(提出用)

令和		年		月		日	
金	額	百	千	円			
振込先		佐賀銀行 鳥栖支店					
預金	項目	普通	口座	1573114			
受取人		学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 健					
志望学科							
学科コード							
依	頼	氏	(フリガナ)				
		名					
人	住	(フリガナ)					
	所						
		(電話)					
手		数		料		円	
出納印		出納印					

本票は学園提出用です。

受験料振込証明書(取扱店保存)

令和		年		月		日	
振込先	預金	項目	普通	口座	番号	1573114	
(フリガナ)		ガク キョウシュウアカデミーガクエニンリョウヨウ モンジ ダケン					
口座名	学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 健 古野町						
打	電	学	科	コ	ド		
番	号	振込依頼人氏名 (※学生氏名をガクで記入してください。)					
氏		(フリガナ)					
名							
住		(フリガナ)					
所							
		(電話)					
依		頼					
人							
備考		出納印					
金額		金	額	億	千	万	円
手		数		料		円	
勘定科目		依頼人負担					

お願い
※本券の中央のキリトリ線をご記入ください。
※ガクを金庫より送信しますので必ずガクを封印してください。
※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。

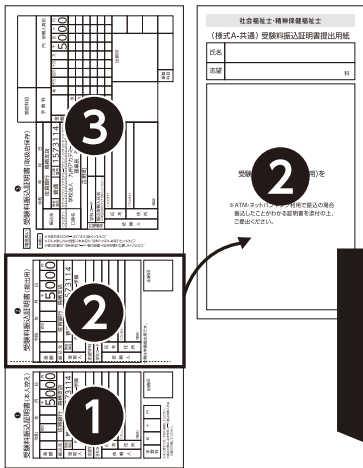
(様式A-共通) 受験料振込証明書提出用紙

氏名	
志望	科

受験料振込証明書(提出用)②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。

〈受験料振込証明書の取り扱い〉



必ず下記の学科コードをお忘れなくご記入ください

- 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。
- 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
社会福祉士通信学科	〈一般養成課程〉	011
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