

# 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

※記入不要  
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。

年 月 日

施設・事業種類と名称 <sup>※1</sup>	職 種 <sup>※1</sup>	期 間 (西暦でご記入ください)	証 明 権 者 名
<small>種類</small> ● 特別養護老人ホーム <small>名称</small> ひまわり	生活相談員	2020年4月1日~ 年 月 日 ● <input checked="" type="checkbox"/> 現在に至る	理事長 門司 誠一
<small>種類</small> 1 ..... <small>名称</small>		年 月 日~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
<small>種類</small> 2 ..... <small>名称</small>		年 月 日~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
<small>種類</small> 3 ..... <small>名称</small>		年 月 日~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
<small>種類</small> 4 ..... <small>名称</small>		年 月 日~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
<small>種類</small> 5 ..... <small>名称</small>		年 月 日~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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. 施設のパン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。

(様式 社-4)

証明権者が記入

実務経験(見込)証明書(個票)  
(施設(事業所)職員用)

記入用紙番号 次 番

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

〒841-0038

所在地 鳥栖市田古野町176-8

施設・機関名

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

氏名	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		
	〒 -													
現住所	TEL ( )		携帯 ( )		メールアドレス									
	連絡先		所在地		電話 ( )									
右記の該当する□に✓マークをいれてください □ 実習施設 □ 実習施設以外														
勤務先	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(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														

きりとり線

社会福祉士  
通信学科



## 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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 現在に至る	理事長 門司 誠一
種類 ----- 名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
種類 ----- 名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
種類 ----- 名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
種類 ----- 名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
種類 ----- 名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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、出願者をご記入ください。  
 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)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 月)

(2)上記の者は、 年 月 日から 年 月 日( 年 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。



※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

# 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





# 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月以降の入学者 ..... (様式 精7-3)
- 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



# 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)

実務経験証明書(個票)

※記入不要

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 <sup>※1</sup>	地域活動支援センター		
具体的な職種 <sup>※1</sup>			
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の業務を並び		
業務開始日 (前頁でご記入ください)	0000年 0月 0日		
業務終了日 (前頁でご記入ください)	0000年 0月 0日 <input type="checkbox"/> 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 ○○○○ 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」(P25～)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。

別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P25～)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	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			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( )	
	所在地						-	
勤務先	右記の該当する□に✓マークをいれてください <input type="checkbox"/> 実習施設 <input type="checkbox"/> 実習施設以外							
	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)		学 部		年 月			
	短 期 大 学( 年制)		学 科		卒業・卒業見込			
	高 等 学 校( 年制)							
	学 校( 年制)							
卒業生	卒業学科		科	卒業年月		年 月		
該当する資格番号の○印を付す	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



## 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・機関代表者
例	施設・事業所の名称	〇〇病院	2020年4月1日～ 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 現在に至る	理事長 〇〇〇〇
	施設・事業種類※1	精神科病院		
	具体的な職種※1	相談員		
1	施設・事業所の名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
	施設・事業種類			
	具体的な職種			
2	施設・事業所の名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
	施設・事業種類			
	具体的な職種			
3	施設・事業所の名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
	施設・事業種類			
	具体的な職種			
4	施設・事業所の名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
	施設・事業種類			
	具体的な職種			
5	施設・事業所の名称		年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在に至る	
	施設・事業種類			
	具体的な職種			

※1 別冊の『実務経験等に関する参考資料』(P25～)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。

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 <small>※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</small>		
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
	<input type="checkbox"/> 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』(P25～)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。

さ  
り  
と  
り  
線

精神保健福祉士  
通信学科

# 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。





## 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

## 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

## 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

1

受験料振込証明書(本人控え)

令和	年	月	日	金額	円
				百	千
				万	
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 誠一				
志望学科					
学科コード					
氏名	(フリガナ)				
住所	(フリガナ)				
依頼人	(電話)				
手数料	円	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	円
				百	千
				万	
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 誠一				
志望学科					
学科コード					
氏名	(フリガナ)				
住所	(フリガナ)				
依頼人	(電話)				
	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	金額	円
				億	千
				万	百
				十	
振込先	佐賀銀行 鳥栖支店				
預金項目	普通	口座番号	1573114		
口座名	学校法人 九州アカデミー学園 理事長 門司 誠一 古野町				
打電書号	学科コード				
	振込依頼人氏名 (※学生証名をフリガナで記入してください)				
	(フリガナ)				
	氏名				
	(フリガナ)				
	住所				
	(フリガナ)				
	(電話)				
	備考				
	出納印				
	振替科目				

金額  
円  
千  
百  
十

手数料  
現  
金  
内  
当  
店  
券  
枚  
他  
店  
券  
枚  
振  
替

備考

出納印

振替科目

お願い  
※本校の中だけホトトギスにご記入ください。  
※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。

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

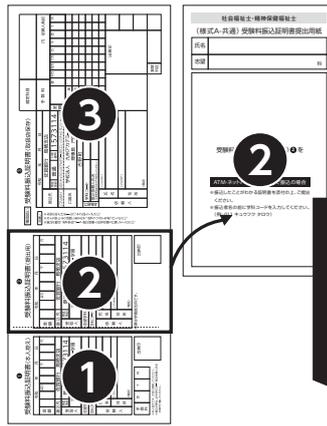
氏名	
志望	科

受験料振込証明書(提出用)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。
- ※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〉



必ず下記の学科コードをお忘れなくご記入ください

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
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
		5,000円
		10,000円