

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、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

※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	写真 4cm×3cm
〒841-0016 馬橋市田代外町1526-1	TEL0942(83)8312 携帯090(1234)5678	Eメール tsusin@kac.ac.jp	1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.
右記の該当する□に✓マークをいれてください □本校からの家来品を受け入れている			
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 ○○○○
〒841-0014 馬橋市桜町1449-1	TEL 0942-83-4483	卒業学校 アカデミー	卒業年月 0000年 3月
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 短大4年制大学卒業(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。 <input type="checkbox"/> 2. 短大3年制短大卒業(見込)以上 → 「卒業証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験証明書」を添付。 <input type="checkbox"/> 3. 短大3年制短大卒業(見込)以上 → 「卒業証明書」「成績証明書」「基礎科目履修証明書」「実務経験証明書」を添付。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1. 4年制大学卒業(見込) → 「卒業(見込)証明書」を添付。 <input type="checkbox"/> 2. 3年制短大卒業(見込)以上 → 「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。 <input type="checkbox"/> 3. 2年制短大卒業(見込)以上 → 「卒業証明書」「実務経験申告書」「実務経験証明書」を添付。 <input type="checkbox"/> 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。			
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

(様式 精-3)

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、実務経験証明書(様式 精-4)を添えて、申告します。

実務経験の内容	期間	施設・機関代表者
施設・事業所の名称 施設・事業種類 具体的な職種	2020年 4月 1日~ 年 月 日	理事長 ○○○○
施設・事業所の名称 施設・事業種類 具体的な職種	年 月 日~ 年 月 日	□現在に至る
施設・事業所の名称 施設・事業種類 具体的な職種	年 月 日~ 年 月 日	□現在に至る
施設・事業所の名称 施設・事業種類 具体的な職種	年 月 日~ 年 月 日	□現在に至る
施設・事業所の名称 施設・事業種類 具体的な職種	年 月 日~ 年 月 日	□現在に至る
施設・事業所の名称 施設・事業種類 具体的な職種	年 月 日~ 年 月 日	□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、出願者が記入ください。
 2. 記載内容を訂正した場合は、出願書の印を併用してください。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。

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。

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。

(様式 精-4)

実務経験証明書(個票)

記入位置
次 番

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 ※注意が判別できる施設においては、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 <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			
〒841-0014			
所在地 馬栖市桜町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職種」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。

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(〒 -)				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"/> 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

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、実務経験証明書(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 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を同封してください。

きりとり線

精神保健福祉士

通信学科

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 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。

精神保健福祉士

通信学科

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

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(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

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

精神保健福祉士

通信
学科