

一般養成(1年6ヶ月)

受付番号 ※

※の欄は記入しないでください。

2026年度 仙台医療福祉専門学校 社会福祉士養成通信課程 入学願書

出願区分	<input type="checkbox"/> 一般入試 <input type="checkbox"/> 推薦入試		(西暦) 年 月 日 記入		
フリガナ		性別	生年月日(年齢)		上半身写真貼付 出願前3ヶ月以内に撮影した正面・上半身・脱帽のもので、縦4cm、横3cmの大きさとし、裏面に氏名を記載し、完全に貼付する。
本人氏名	(旧姓)	男・女	(西暦) 年 月 日	(満 歳)	
本人現住所	〒 - フリガナ				
自宅電話番号	()	携帯電話番号	()		
E-mail	@				
出願資格に関する最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 中学校				
	学部		学科		
	(西暦) 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込	修業年限		年
職歴 <small>※出願資格に係る実務経験については、別紙をご確認のうえ、すべて記載してください。</small>	就業期間		勤務先		
	年 月 ~	年 月			
	年 月 ~	年 月			
	(現職)	年 月 ~	現在に至る		
		勤務先電話番号	()		
資格	保健・福祉・医療に関する資格		登録年月日		登録機関
			年 月 日 登録		
			年 月 日 登録		
出願資格 *裏面の提出書類確認欄にて、提出が必要な書類をご確認のうえ、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。					
実習有	<input type="checkbox"/> 4年制大学等卒業(見込) 実務経験なし → 連絡日 月 日 必ず出願前に教務担当(Tel:022-217-8877、Mail:sif.sw.csw@gmail.com)までご連絡ください。				
実習無	<input type="checkbox"/> 4年制大学等卒業+実務経験1年以上				
	<input type="checkbox"/> 3年制短期大学等卒業+実務経験1年以上				
	<input type="checkbox"/> 2年制短期大学等卒業+実務経験2年以上				
	<input type="checkbox"/> 実務経験4年以上				
初回学費分割納付	<input type="checkbox"/> 希望します		学費提携ローン資料	<input type="checkbox"/> 希望します	

- 該当する項目は、入学志願者が黒のボールペンを使用して楷書でもれなく記入し、必要なに (チェック)をしてください。
- 記載内容を訂正する場合は、二重線を引き、訂正印を押してください。
- 実務経験1年以上の方は、「実務経験(見込)申告書」及び「実務経験(見込)証明書」を提出してください。

