

提出前のチェックリスト表

※本チェックリスト表も提出してください。

封入する前に、次の提出書類がそろっているかどうかチェック（☑）し、確認してください。

(4ページ、28ページ参照のこと)

| | 短期養成コース | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| | 社会福祉主事修了 +実務2年 | 福祉系大学(4年)卒業(実習免除) | 福祉系大学(4年)卒業(要実習) | 福祉系短大(2~3年)卒 +実務経験 | 実務経験 |
| 該当する要件にチェック ☑をしてください。 | (9号) <input type="checkbox"/> | (2号) <input type="checkbox"/> | (2号) <input type="checkbox"/> | (5,8号) <input type="checkbox"/> | (12号) <input type="checkbox"/> |
| 別紙1 入学申込書 | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> |
| 中央福祉学院修了の場合は修了年度と学籍番号を記入 学籍番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 学籍番号不明の場合は記入不要です 中央福祉学院修了の場合は、修了証明書の提出は不要 | 平成・昭和 <input type="text"/> 年度 | / | / | / | / |
| 社会福祉主事養成機関の修了証明書 (中央福祉学院以外) | あり <input type="checkbox"/> | / | / | / | / |
| 出身大学・短期大学の卒業(見込)証明書 | / | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | / |
| 基礎科目履修証明書 | / | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | / |
| 別紙2 実務経験申告書 | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | / | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> |
| 別紙3 実務経験証明書(個票) | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | / | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> |
| 別紙6 実習小論文 | / | / | あり <input type="checkbox"/> | / | / |
| 提出前のチェックリスト表(本紙) | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> |
| 別紙4 所属長推薦状 ※推薦申込の場合に必要 | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> |
| 別紙5 小論文 ※一般申込の場合に必要 | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> |

中央福祉学院宛 申込書送付用封筒表紙

切りとり線で切りとって、角型2号の封筒に貼付してください。

必要金額の
切手を貼付
してください

〒240-0197

神奈川県三浦郡
葉山町上山口1560-44

中央福祉学院
社会福祉士通信課程
短期養成コース 行

簡
易
書
留

差出人

氏名

郵便番号

住所

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください。

受付番号 -

学籍番号 -

平成30年度 社会福祉士通信課程短期養成コース 入学申込書

年 月 日現在

白抜き部分は任意記入です。それ以外の項目はすべてご記入ください。任意の項目以外でご記入のない場合申込みは無効となります。

0 面接授業希望会場 第1希望 第2希望 1…ロフォスA (4/27~30, 9/21~24) 2…西日本A (5/3~4, 5/12~13, 8/18~19, 9/1~2)
3…西日本B (5/5~6, 5/19~20, 8/25~26, 9/8~9) 4…九州 (5/26~27, 6/2~3, 10/13~14, 10/20~21)
5…東京 (6/9~10, 6/30~7/1, 8/11~12, 9/29~30) 6…ロフォスB (6/22~25, 10/5~8)

1 入学希望者氏名(カナ) 姓 名

2 入学希望者氏名(漢字) 姓 名

3 入学希望者旧姓(漢字) 姓 旧姓で記載された添付書類(卒業証明書等)がある場合のみご記入ください
(捺印も忘れずに)

4 生年月日・性別 年 月 日 西暦で記入 1…男 2…女

5 自宅住所 〒 -
 都・道
府・県

6 自宅電話番号 - -

7 自宅FAX番号 - -

8 携帯電話番号 - - (メールアドレスは、メールニュース受信用で必須です。添付ファイルが受信できるアドレスをご記入ください。Yahoo!メールやGmailなどのフリー(無料)メールアドレスも可です。)

9 メールアドレス @

10 最終学歴 1…大学院修了 2…4年生大学卒業 3…3年生短大卒業 4…2年生短大卒業
5…専門学校卒業 6…高校卒業 7…中学卒業 9…その他 ()

11 取得済資格等 P34のコード表4をご覧になり、すでに取得した資格の数字を左記にお書きください。

12 勤務先経営区分 1…民立民営 2…公立民営 3…公立公営

13 勤務先法人名 法人区分 (P33コード表1参照) 法人名

14 勤務先名

15 勤務先部署名

16 勤務先種別 P33のコード表2をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()

17 職種 P34のコード表3をご覧ください その他の場合具体的に⇒ ()

18 勤務形態 1…常勤 2…非常勤 ⇒ 非常勤の場合週あたりの勤務時間 時間

19 勤務先所在地 〒 -
 都・道
府・県

20 勤務先電話番号 - -

21 勤務先FAX番号 - -

22 日中勤務先連絡の可否 1…可 2…否 (推薦申込の場合、勤務先に連絡する場合があります)



(次頁も全員が必ず記入してください)

23 教材の希望送付先 1…自宅 2…勤務先（未記入の場合は自宅にお送りします）

24 経年数（平成30年3月31日現在） 現職経年数 年 カ月 福祉関連通算経年数 年 カ月
指定相談援助業務経年数 年 カ月

25 本研修を知った手段 1…中央福祉学院HP 2…受講案内（郵送） 3…都道府県社協からの案内
4…市区町村社協からの案内 6…職場内で 9…その他 ⇨（)

26 その他 スクーリング参加時に必要な事項について下記にご記入ください（「車椅子を使用する」など）
[]

27 本課程の受講を志望する理由

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

振替払込請求書兼受領証

※推薦申込の場合はこの欄は不要です。
一般申込の方のみ貼付してください。

振替払込請求書兼受領証
貼 付 欄

入学選考料 5,000円の「振替払込請求書兼受領証」を
この枠内に全面のりづけで貼付してください。
推薦申込の場合は入学選考料不要です。

中央福祉学院記入欄

書類 実習 小論 推薦 実習小論

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

総合

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

※別紙2は申込者本人が作成し、別紙3は施設・機関に作成いただきます。

※申告の内容について、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」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけますので、ご注意ください。

別紙 2

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください

実務経験（見込）申告書

年 月 日

社会福祉人 全国社会福祉協議会
中央福祉学院長様

申告者

住所

氏名

印

私の相談援助に関する実務経験は、次の通りですので、所属長等の
証明書を添えて、申告いたします。

| コード | 所属していた（している） 機関・施設等 (法令上の種別を併記すること) | 職 種 (法令上の種別を記入すること) | 期 間 | 証明権者 ([別紙3]の 施設・機関代表者の職名と氏名) |
|-----|---|------------------------|---------------------|------------------------------------|
| | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| | | | 期間合計 年 か月 | |

- (注) 1. 実務経験証明書（個票）別紙3の証明事項は、上記本欄の内容と一致させてください。
2. 8ページ「入学資格について」③④に該当する方は、短期大学等卒業後の実務経験に限ります。
3. 職種については、10～20ページを参照のうえ、該当するコード・職種を正確に記載してください。
該当職種以外の名称を記載された場合は、入学選考の対象にできない場合があります。
4. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、申告者の印を押印してください。
なお、修正液による訂正や訂正印がない場合は認められません。
5. 主事修了後の相談援助業務を記入します。
主事修了前、履修前はカウントできません。

※申告の内容について、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」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけますので、ご注意ください。

別紙 3 施設・機関職員用

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください

実務経験（見込）証明書（個票）

年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

| | | | |
|------------------|--------|----|----|
| 施設・機関の所在地及び名称 | 〒 | | |
| 代表者氏名 (役職・氏名) | 証明印 | | |
| 電話番号 | | | |
| 証明書作成者 | 所属・役職等 | 氏名 | 認印 |
| | | | 印 |

次の者は、以下のとおり当施設・機関において、

相談援助の業務に

- 従事した
 従事する見込みである

ことを証明します。

| | | | |
|-----------------------|--|--|-----|
| ふりがな | 生 年 月 日 | | |
| 氏 名 | 西暦 年 月 日生 | | |
| 施設・機関の名称 | | | |
| 施設(事業)等種類 (法令上の種別) | | | コード |
| 職 種 (法令上の職種) | | | |
| 従 業 期 間 | 年 月 日から | | |
| | 年 月 日まで | | |
| | <small>本学院入学申込時に、入学・実習免除に必要な従業期間に満たない方は、平成30(2018)年3月末日まで必要な従業期間を満たす見込みの日までを記入してください(1日でも不足する場合は、入学・実習免除要件として認められません)。</small> | | |

- (注) 1. 職種については、10~20ページを参照のうえ、該当するコード・職種を正確に記載してください。該当する以外の名称を記載された場合は、入学選考の対象にできないことがあります。
2. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、代表者の職印(証明印)で訂正印を押してください。修正液での訂正、訂正印がない場合は、証明書として無効ですので注意してください。
3. 本証明書(個票)が複数必要な場合、記入前にコピーをして使用してください。
4. 主事修了後の相談援助業務を記入します。

※申告の内容について、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」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけますので、ご注意ください。

別紙 3 医療機関職員用

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください

実務経験（見込）証明書（個票）

年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

| | | | |
|------------------|-----------------|----|----|
| 施設・機関の所在地及び名称 | 〒 _____ - _____ | | |
| 代表者氏名 (役職・氏名) | 証明印 | | |
| 電話番号 | | | |
| 証明書作成者 | 所属・役職等 | 氏名 | 認印 |
| | | | 印 |

次の者は、以下のとおり当医療機関において、専任で下記のアからエまでの

相談援助の業務に

- 従事した
 従事する見込みである

ことを証明します。

業務内容（アからエまでのすべての相談援助業務を行っている専任の職員）

- 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 患者の社会復帰に係る相談援助
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

| | | | |
|----------------|--|------------------------------|--|
| ふりがな | 生 年 月 日 | | |
| 氏名 | 西暦 年 月 日生 | | |
| 医療機関の名称 | | | |
| 医療機関種類 | <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> 診療所 | |
| 職種 (法令上の職種) | | | |
| 従業期間 | 年 月 日から | | |
| | 年 月 日まで | | |
| | <small>本学院入学申込時に、入学・実習免除に必要な従業期間に満たない方は、平成30（2018）年3月末日まで必要な従業期間を満たす見込みの日までを記入してください（1日でも不足する場合は、入学・実習免除要件として認められません）。</small> | | |

- (注) 1. 職種については、10～20ページを参照のうえ、該当する職種を正確に記載してください。該当する以外の名称を記載された場合は、入学選考の対象にできないことがあります。
2. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、代表者の職印（証明印）で訂正印を押してください。修正液での訂正、訂正印がない場合は、証明書として無効ですので注意してください。
3. 本証明書（個票）が複数必要な場合、記入前にコピーをして使用してください。
4. 主事修了後の相談援助業務を記入します。

※申告の内容について、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」の定めにより社会福祉士登録の取り消しをうけますので、ご注意ください。

別紙 3 市（区）町村社会福祉協議会職員用

この用紙の各欄に記入するときは、黒ボールペンを使用してください

※ 市（区）町村社会福祉協議会が経営（運営）する施設・機関に勤務する方は、**施設・機関職員用**で実務経験の証明を受けてください。

実務経験（見込）証明書（個票）

年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

| | | | |
|------------------|--|----|--|
| 施設・機関の所在地及び名称 | 〒 _____ - _____ _____ | | |
| 代表者氏名 (役職・氏名) | <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: auto;">証明印</div> | | |
| 電話番号 | | | |
| 証明書作成者 | 所属・役職等 | 氏名 | 認印 |
| | | | <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: auto;">印</div> |

次の者は、以下のとおり当社会福祉協議会において、専任で下記の内容の

相談援助の業務に

従事した

従事する見込みである

ことを証明します。

| | | | | | | |
|---|-----------------|---|---|---|---------|---------------------|
| ふりがな | | | | | 生 年 月 日 | |
| 氏 名 | | | | | 西暦 | |
| | | | | | 年 月 日生 | |
| 社会福祉協議会 の 名 称 | | | | | | |
| 施設(事業)等種類 | 市(区)町村社会福祉協議会 | | | | | |
| 職 種 (法令上の職種) | いずれかに○をつけてください。 | | | | | |
| | | 2 | 6 | 3 | 1 | 福祉活動専門員 |
| | | 2 | 6 | 3 | 2 | 相談援助業務を行っている専任の職員☆注 |
| 従 業 期 間 | 年 月 日から | | | | | |
| | 年 月 日まで | | | | | |
| 本学院入学申込時に、入学・実習免除に必要な従業期間に満たない方は、平成30(2018)年3月末日まで必要な従業期間を満たす見込みの日までを記入してください(1日でも不足する場合は、入学・実習免除要件として認められません)。 | | | | | | |

- (注) 1. 職種については、10～20ページを参照のうえ、該当する職種を正確に記載してください。該当する該当する以外の名称を記載された場合は、入学選考の対象にできないことがあります。
 2. 証明内容を訂正する場合は二重線で消し、代表者の職印(証明印)で訂正印を押してください。修正液での訂正、訂正印がない場合は、証明書として無効ですので注意してください。
 3. 本証明書(個票)が複数必要な場合、記入前にコピーをして使用してください。

☆注 { 主として高齢者、身体障害者、知的障害者、
精神障害者、児童その他要援護者に対するものに限る。 }

4. 主事修了後の相談援助業務を記入します。

所属長推薦状

年 月 日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 中央福祉学院長 様

| | | | |
|-----------|--|-----|----------|
| ふりがな | | 性別 | 生 年 月 日 |
| 申 込 者 氏 名 | | 男・女 | 西暦 年 月 日 |

上記の者は、全国社会福祉協議会 中央福祉学院 社会福祉士通信課程への入学を志望しております。入学者として適当と認め推薦します。

| | | | |
|-----------------------|--|--|----|
| (所属先) 勤 務 先 名 | | | |
| 所属長の 役 職 名 | | | |
| 所 属 長 氏 名 ※直筆による署名 | | | 公印 |

推薦理由