

Ⅱ. 出願書類様式(記入例)

様式1

2024年度 宝塚医療大学社会福祉士(短期・一般)養成課程(通信)入学志願書

該当項目に○をする

西暦 年 月 日現在

志望課程	<input type="radio"/>	1.短期養成課程(9か月) 2.一般養成課程(1年9か月)	写真貼付欄 4cm×3cm 1.上半身、正面、脱帽、 背景なし 2.最近3か月以内撮影のもの 3.裏に氏名を記入				
氏名	ふりがな	たからづか はなこ				旧姓	川西
	漢字	宝塚 花子					
	生年月日	西暦 1996年 11月 2日				年齢	27歳
現住所	住所	〒666-0162 兵庫県宝塚市 26 花屋敷緑ガ丘 1					
	電話	072-736-8600	携帯	090-1111-1111			
	E-mail	hanako@mailaddress.com					
勤務先	名称	社会福祉法人平成医療学園					
	所在地	〒666-0162 兵庫県宝塚市 26 花屋敷緑ガ丘 1					
	電話	072-736-8600					
	勤務形態	<input type="radio"/>	常勤		非常勤		
出願要件となる学歴	学校名	宝塚医療大学					
	学部・学科	保健医療学部					
	卒業年月	西暦 2014年 3月	修業年限	4年			
	実習の必要・不要	<input type="radio"/>	要	該当項目に○をする			
出願資格	該当するアルファベットを以下に記入 A	【一般養成課程(1年9か月)】		【短期養成課程(9か月)】			
		A:4年制大学卒業(見込) B:3年制短期大学等卒業・実務経験1年以上 C:2年制短期大学等卒業・実務経験2年以上 D:実務経験4年以上		E:福祉系大学等(4年)において基礎科目を修めて卒業した者、または3月卒業見込みの者 F:福祉系短大等(3年)において基礎科目履修後、厚生労働省指定施設*における相談援助業務に1年以上従事した者 G:福祉系短大等(2年)において基礎科目履修後、厚生労働省指定施設*における相談援助業務に2年以上従事した者 H:社会福祉主事養成機関修了後、指定施設において相談援助業務に2年以上従事した者 I:福祉事務所の査察指導員等の実務経験が4年以上ある者			
		経験年数(2024年3月31日時点)	実務経験施設等種別	実務経験職種			
実務経験	1年 10月	介護老人保健施設	支援相談員				
障がい等による支援の有無について	<input type="radio"/>	必要 不要	具体的な内容	1.車いすスペース 2.手話通訳 3.その他()			
スクーリング希望会場(以下の会場番号から第2希望まで記載すること) 詳細は「I. 学生募集要項」1ページを参照 ①兵庫 ②北海道 ③福島 ④東京 ⑤神奈川 ⑥愛知 ⑦和歌山 ⑧大阪 ⑨鳥取 ⑩広島 ⑪福岡							
第1希望	①		第2希望	⑧			

社会福祉士基礎科目履修(見込み)証明書

(2008年度以前に大学等にご入学の方)

宝塚医療大学社会福祉士短期養成課程(通信)

西暦 20×× 年 12 月 2 日

氏名 宝塚 次郎

生年月日 1999 年 11 月 2 日生

旧カリキュラム基礎科目履修証明書			
		入学年月	年 月 入学
科目名	履修した 科目に☑	単位数	備考 (読替科目名を記載)
社会福祉原論			
老人福祉論			
障害者福祉論			
児童福祉論			
社会保障論	} ※1		
公的扶助論			
地域福祉論			
心理学	} ※2		
社会学			
法学			

※1及び※2の基礎科目履修の証明には、いずれか1科目の履修、他の科目は全て履修していることが必要です。

注1. 枠内は必ず大学等の発行者側でご記入ください。

注2. 社会福祉士法及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)の施行以前に入学された方は対象となりません。なお、大学等で所定の様式がある場合は、そちらをご提出いただくことができます。

上記の基礎科目について履修したことを証明します。

西暦 年 月 日

所在地
学校名
代表者名

印

様式4

社会福祉士基礎科目履修(見込)証明書

(2009年度以降大学等にご入学の方)

宝塚医療大学社会福祉士短期養成課程(通信)

西暦 年 月 日

氏名

生年月日 年 月 日生

新カリキュラム基礎科目履修証明書			
		入学年月	年 月 入学
科目名	履修した 科目に☑	単位数	備考 (読替科目名を記載)
人体の構造と機能及び疾病			
心理学理論と心理的支援 ※1			
社会理論と社会システム			
社会調査の基礎			
相談援助の基盤と専門職			
福祉行政と福祉計画			
福祉サービスの組織を経営			
社会保障			
高齢者に対する支援と介護保険制度			
障害者に対する支援と障害者自立支援制度			
児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度			
低所得者に対する支援と生活保護制度			
保健医療サービス			
就労支援サービス			
権利擁護と成年後見制度 ※2			
更生保護制度			

※1及び※2の基礎科目履修の証明には、いずれか1科目の履修、他の科目は全て履修していることが必要です。

注1. 枠内は必ず大学等の発行者側でご記入ください。

注2. 大学等で所定の様式がある場合は、そちらをご提出いただくことができます。

上記の基礎科目について履修したことを証明します。

西暦 年 月 日

所在地
学校名
代表者名

印

実 務 経 験 申 告 書

西 暦 年 月 日

宝塚医療大学学長 殿

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、機関、施設代表者の証明書を添え、申告いたします。

所属していた(している) 機関・施設等	職 種	期 間	証明権者 (機関・施設代表者)
		年 月 日 ～ 年 月 日 現在 / まで / (年 月)	
		年 月 日 ～ 年 月 日 現在 / まで / 見込 (年 月)	
		年 月 日 ～ 年 月 日 現在 / まで / 見込 (年 月)	
		年 月 日 ～ 年 月 日 現在 / まで / 見込 (年 月)	
		年 月 日 ～ 年 月 日 現在 / まで / 見込 (年 月)	
		年 月 日 ～ 年 月 日 現在 / まで / 見込 (年 月)	
勤 務 期 間 合 計		年 月	

1. 実務経験証明書(様式6)の証明事項は、上記本欄の内容と一致させてください。
2. 職種については、Ⅲ 入学資格に関する資料より該当する職種を正確に記載してください。
3. 証明内容を訂正した場合は二重線を引き、申告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。
4. 見込で申告書を提出する場合は、入学後に再度実務経験申告書を提出していただきますので、必ず用紙をコピーしておいてください。
5. 勤務期間合計は、各欄の勤務期間の合計と一致させてください。

実務経験(見込み)証明書

西暦 年 月 日

宝塚医療大学学長 殿

施設・事業所・機関の所在地および名称	所在地: 名称:	公印	
代表者の氏名 (役職・氏名)			
電話番号		FAX	
証明書作成者 (役職・氏名)	認印		

次の者は、以下のとおり、当施設・機関において、社会福祉士養成課程の入学・実習免除に必要な相談援助の業務に 従事している(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(年齢)
氏名			西暦 年 月 日 (歳)
施設・事業所・機関の名称			
施設(事業)の種類			
職種		コード	
雇用形態 いずれかに○をする	① 常勤職員	2. 非常勤職員	
非常勤職員 の場合	(1)本人(非常勤雇用時)の1週間の就労時間 _____ 時間 ※就労時間は上記の通り就業規則・雇用契約等で定められている。なお、常勤職員の就労時間は、(2)の通り就業規則に定められているので、概ね4分の3以上の就労時間である。		
	(2)常勤職員の1週間の就労時間 _____ 時間		
従業期間	西暦 年 月 日から		いずれかに●を する
	西暦 年 月 日現在 日まで 日見込		

※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登録の取り消しとなりますので、ご注意ください。

- 注) 1. 「Ⅲ. 入学資格に関する資料」の「指定施設における相談援助業務の範囲」に記載されている施設種別及び職種の表示通りに記入してください。その機関・施設独自の名称(例:「ケアホーム」の「ソーシャルワーカー」)等では、入学選考の対象にできない場合があります。施設種別には、入所・通所も記入してください。
2. 証明内容を訂正した場合は二重線を引き、証明者の公印を押印してください。
なお、修正液を使用した訂正や本人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、コピーをしてご使用ください。
4. 実務経験証明書作成時点で実務経験が入学要件の実務経験年数もしくは実習免除の実務経験年数を経過しているものは、中段:【チェックボックス】を「従事している(した)」に日を入れ、従業期間の最終日を実務経験証明書作成日にしたうえで、「現在」に●をつけて作成してください。
5. 職種が兼務の者は、出願書類提出の際に辞令の写しを送付してください。
6. 見込で申告書を提出する場合は、入学後に再度実務経験申告書を提出していただきますので、必ず用紙をコピーしておいてください。