



通信教育事業部(附帯教育)

2025 年度 4 月入学生用

## 募集要項・出願書式集

Entrance Guide & Application Form

### 募集要項

P01 募集課程・入学資格  
P03 学費一覧

P05 出願から入学手続きまでの流れ  
P09 ご記入の前に

### 出願書式集

P11 ①写真貼付書  
②入学選考料のお支払いが確認できる振込利用明細書  
P12 ③小論文原稿用紙  
P14 ⑤実務経験(見込)証明書(個票)  
《社会福祉士養成通信課程》施設(事業所)職員用  
《社会福祉士養成通信課程》医療機関職員用  
《社会福祉士養成通信課程》社会福祉協議会職員用

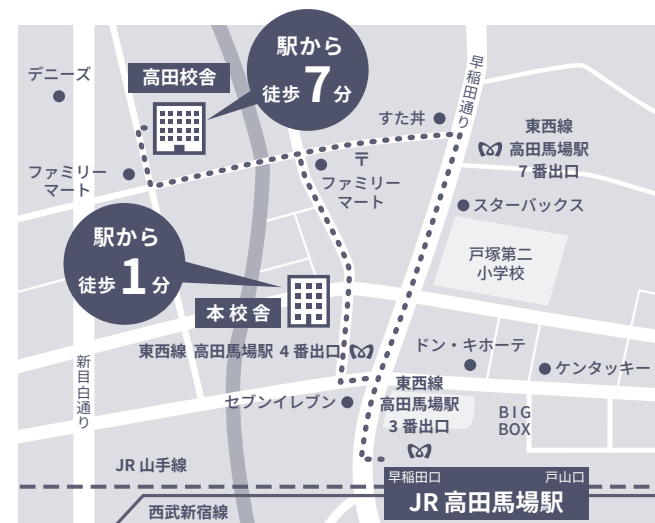
P20 ⑤実務経験(見込)証明書(個票)  
《精神保健福祉士養成通信課程》  
P22 ⑨精神障害者の保健及び福祉に関する  
基礎科目履修(見込)証明書



学校法人敬心学園 東京都知事認可 厚生労働省指定養成施設

## 日本福祉教育専門学校

〒171-0033  
東京都豊島区高田 3-6-15(高田校舎)  
WEBSITE <https://www.nippku.ac.jp>



カンタン! / 9月1日から  
「WEB 出願」スタート!

<https://www.nippku.ac.jp/form/entry/enter.php>

通信のWEB 出願はこちら

をクリック(タップ)



スマートフォン  
の方はこちらから  
ご確認ください。

通信課程に関するお問い合わせはこちらまで

通信教育事業部

TEL 03-5904-8135 (平日 9:00~17:00)  
✉ [tushinm@nippku.ac.jp](mailto:tushinm@nippku.ac.jp) (24 時間受付中)

募集課程・入学資格

| 課 程                          | 修業期間                                                                                                | 募集定員 | 入学資格                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 社会福祉士<br>一般養成通信課程<br>1年6ヶ月   | 2025年4月1日(火)～2026年9月30日(水)<br>[第1学期]<br>2025年4月1日(火)～12月31日(水)<br>[第2学期]<br>2026年1月1日(木)～9月30日(水)   | 300名 | ①～④のいずれかを満たす方<br>(大学院、大学、短期大学等の学部・専攻は問わない)<br>①大学院及び4年制大学等を卒業(修了)、2025年3月末までに卒業見込みの方 ※海外の大学を除く<br>②3年制短期大学等(夜間・通信課程除く)を卒業し、 <u>指定施設にて1年以上の相談援助業務<sup>※1</sup></u> に従事した方<br>③2年制短期大学・専門学校を卒業し、指定施設にて2年以上の相談援助業務 <sup>※1</sup> に従事した方<br>④指定施設にて4年以上の相談援助業務 <sup>※1</sup> に従事した方                                                              |
| 精神保健福祉士<br>一般養成通信課程<br>1年7ヶ月 | 2025年4月1日(火)～2026年10月31日(土)<br>[第1学期]<br>2025年4月1日(火)～12月31日(水)<br>[第2学期]<br>2026年1月1日(木)～10月31日(土) | 200名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 精神保健福祉士<br>短期養成通信課程<br>9ヶ月   | 2025年4月1日(火)～2025年12月31日(水)                                                                         | 250名 | ①～④のいずれかを満たす方<br>①福祉系4年制大学等 <sup>※2</sup> で基礎科目 <sup>※3</sup> を修めて卒業した方(2025年3月末までに卒業見込みの方を含む)<br>②福祉系3年制短期大学等(夜間・通信課程除く) <sup>※2</sup> で基礎科目 <sup>※3</sup> を修めて卒業し、 <u>指定施設にて1年以上の相談援助業務<sup>※1</sup></u> に従事した方<br>③福祉系2年制短期大学等 <sup>※2</sup> で基礎科目 <sup>※3</sup> を修めて卒業し、 <u>指定施設にて2年以上の相談援助業務<sup>※1</sup></u> に従事した方<br>④社会福祉士資格を有している方 |

※1 指定施設における相談援助業務の実務経験について

- 指定施設における実務経験は、入学日の前日(2025年3月31日)までに規定の年数に達する必要があります。  
厚生労働省で定める相談援助業務の範囲につきましては下記二次元バーコードをご覧ください。
- 「実務経験」によって入学資格や出願書類が異なりますので、十分にご注意ください。

※2 福祉系大学等とは精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目を履修できる大学等のことです。

※3 基礎科目につきましては、P21を提出してください。

入学選考要項

|       |                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入試方法  | ○実習あり<br>上記を満たす方<br>○実習なし(実務経験者)<br>上記を満たし、 <u>指定施設にて1年以上の相談援助業務<sup>※1</sup></u> に従事した方 |
| 入学選考料 | 10,000円 ※出願書類の提出後の入学選考料の返還はできません。                                                        |
| 選考方法  | ○小論文・書類選考<br>小論文は、下記のテーマについて、指定の小論文用紙(P12～13)に <u>800字程度</u> で記述してください。                  |

社会福祉士養成通信課程

「社会福祉士を志す理由と、達成したい目標を説明してください。

また、国家資格として社会福祉士を取得する理由と、資格を活かしてどのように社会に貢献したいかを述べてください。専門職としての重要性にも触れてください。」

精神保健福祉士養成通信課程(一般・短期)

「精神保健福祉士を志す理由と、達成したい目標を説明してください。

また、国家資格として精神保健福祉士を取得する理由と、資格を活かしてどのように社会に貢献したいかを述べてください。専門職としての重要性にも触れてください。」

入試日程(全課程・入試区分共通) 実習あり・実習なし共通

| 入試区分 | WEB出願期間                            | 郵送出願期間                               | 可否通知日<br>入学手続<br>書類発送日 | 入学手続<br>締切日    |
|------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------|
| 1次   |                                    | 2024年<br>9月1日(日)～9月30日(月)            | 2024年10月8日(火)          | 2024年10月18日(金) |
| 2次   |                                    | 2024年<br>10月1日(火)～10月31日(木)          | 2024年11月12日(火)         | 2024年11月22日(金) |
| 3次   |                                    | 2024年<br>11月1日(金)～11月29日(金)          | 2024年12月10日(火)         | 2024年12月20日(金) |
| 4次   | 2024年<br>9月1日(日)～2025年<br>3月19日(水) | 2024年<br>11月30日(土)～12月25日(水)         | 2025年1月14日(火)          | 2025年1月24日(金)  |
| 5次   |                                    | 2024年<br>12月26日(木)～2025年<br>1月31日(金) | 2025年2月11日(火)          | 2025年2月21日(金)  |
| 6次   |                                    | 2025年<br>2月1日(土)～2月28日(金)            | 2025年3月11日(火)          | 2025年3月19日(水)  |
| 7次   |                                    | 2025年<br>3月1日(土)～3月12日(水)            | 2025年3月18日(火)          | 2025年3月26日(水)  |
| 最終   |                                    | 2025年<br>3月13日(木)～3月19日(水)           | 2025年3月25日(火)          | 2025年3月31日(月)  |

各課程定員に達し次第、募集を終了します。

WEB 出願だけでは、出願は完了しません。必要書類の到着をもって”出願完了”となります。  
詳細は P5～9 以降をご確認ください。

WEB 出願は上記期間内であれば、いつでもエントリー可能です。

- ・不合格だった場合でも、次期間以降に再度チャレンジが可能です。
- ・各締切を過ぎて到着した願書については、次期間に出願されたものとして受理します。

併願はできません。ただし、介護福祉学科コースは除きます。

[入学辞退について]

●入学辞退を希望される場合、下記期日までに通信教育事業部までご連絡ください。

入学手続前：各出願期間の入学手続締切日 入学手続完了後：2025年3月31日(月)

- 各出願期間の入学手続締切日までに所定の手続を行わない場合、入学辞退とみなし、入学許可を取消します。
- 受講開始日(4月1日)以降に辞退される場合は、「退学」扱いとなり、原則として学費返還には応じられません。

➤ 学費一覧

|          |   |     |   |     |
|----------|---|-----|---|-----|
| 入学手続時納入額 | = | 入学金 | + | 受講料 |
|----------|---|-----|---|-----|

※下記の合計金額以外にテキスト代、必要書類の郵送費、スクーリング・実習指導・実習時の交通費や宿泊費(該当者のみ)などが必要です。

社会福祉士 一般養成通信課程 1年6ヶ月

| 入試方法 | 入学金     | 受講料 ※1   | 実習費<br>(該当者のみ) | 合 計      | 分納1回目<br>(入学手続時) | 分納2回目<br>(2025年9月末日) |
|------|---------|----------|----------------|----------|------------------|----------------------|
| 実習あり | ¥20,000 | ¥295,000 | ¥160,000       | ¥475,000 | ¥215,000         | ¥100,000             |
| 実習なし | —       |          | —              | ¥295,000 | ¥195,000         | ¥100,000             |

精神保健福祉士 一般養成通信課程 1年7ヶ月

| 入試方法 | 入学金     | 受講料 ※1   | 実習費<br>(該当者のみ) | 合 計      | 分納1回目<br>(入学手続時) | 分納2回目<br>(2025年9月末日) |
|------|---------|----------|----------------|----------|------------------|----------------------|
| 実習あり | ¥20,000 | ¥285,000 | ¥210,000       | ¥515,000 | ¥205,000         | ¥100,000             |
| 実習なし | —       |          | —              | ¥285,000 | ¥185,000         | ¥100,000             |

精神保健福祉士 短期養成通信課程 9ヶ月

| 入試方法 | 入学金     | 受講料 ※1   | 実習費<br>(該当者のみ) | 合 計      | 分納1回目<br>(入学手続時) | 分納2回目<br>(2025年9月末日) |
|------|---------|----------|----------------|----------|------------------|----------------------|
| 実習あり | ¥20,000 | ¥185,000 | ¥220,000       | ¥425,000 | 分納はできません         |                      |
| 実習なし | —       |          | —              | ¥185,000 |                  |                      |

※1 受講料にはスクーリング代・通信教育事業部から送付する補助教材代を含みます。

■ 実習費用について

○実習費納付時期

| 社会福祉士養成通信課程 | 精神保健福祉士一般養成通信課程 | 精神保健福祉士短期養成通信課程 |
|-------------|-----------------|-----------------|
| 2025年5月上旬   | 2025年5月下旬       | 2025年3月～4月      |

※実習費は原則一括納付となります。

■ 実習一部免除について

下記の科目で該当科目を履修していた場合、本校通信課程での実習時間・実習費が一部免除になります。

※出願時に「成績証明書」の提出が必要です。

・社会福祉士養成通信課程受講生 実習一部免除

| 課 程     | 履修科目       | 免除時間 | 実習費(負担額)     |
|---------|------------|------|--------------|
| 精神保健福祉士 | ソーシャルワーク実習 | 60時間 | 免除後 ¥130,000 |
| 介護福祉士   | 介護実習       | 60時間 | 免除後 ¥130,000 |

※ソーシャルワーク実習においては、対象となる履修科目は本校カリキュラムに準ずるものに限る。

・精神保健福祉士養成通信課程(一般・短期) 受講生 実習一部免除

| 課 程   | 履修科目               | 免除時間 | 実習費(負担額)         |
|-------|--------------------|------|------------------|
| 社会福祉士 | ソーシャルワーク実習(相談援助実習) | 60時間 | 免除後 ¥170,000(一般) |
|       |                    |      | 免除後 ¥180,000(短期) |

■ 入学金免除について

○実習なし(実務経験あり)で出願される方は、入学金が免除になります。

○本校および敬心学園グループ校の卒業生(修了生)は入学金が免除になります。  
WEB 出願時、学歴に学校名・学科名を記入してください。

■ テキスト購入について

○入学手続完了後に「テキストのご案内」を送付します。

テキスト代(2024年度実績)：

社会福祉士一般養成通信課程 54,351円    精神保健福祉士一般養成通信課程 62,172円    精神保健福祉士短期養成通信課程 31,977円

|               |        |       |
|---------------|--------|-------|
| 専門実践教育訓練給付金制度 | ハローワーク | 入学前申請 |
|---------------|--------|-------|

教育訓練経費※の最大70%が支給される給付金制度です。

教育訓練経費の50%相当が支給され、さらに資格取得かつ修了日翌日から1年以内に一般被保険者として雇用された場合に教育訓練経費の20%が追加で支給されます。

※教育訓練経費：  入学金・受講料・実習費 /  受講料

※利用には事前にハローワークへ申請が必要です。制度に関する詳細は、最寄りのハローワークへお問い合わせください。

| <input type="checkbox"/> 申請期限：2025年2月末日締切 | 入試区分 | 講座番号              |
|-------------------------------------------|------|-------------------|
| 社会福祉士養成通信課程                               | 実習あり | 1310064-1820011-4 |
|                                           | 実習なし | 1310064-2120011-4 |
| 精神保健福祉士一般養成通信課程                           | 実習あり | 対象外               |
|                                           | 実習なし | 1310064-2410011-4 |
| 精神保健福祉士短期養成通信課程                           | 実習あり | 1310064-2210011-4 |
|                                           | 実習なし | 1310064-1610011-4 |

|             |        |       |
|-------------|--------|-------|
| 一般教育訓練給付金制度 | ハローワーク | 修了後申請 |
|-------------|--------|-------|

精神保健福祉士一般養成通信課程(実習あり)

教育訓練費の20%に相当する額が支給される制度です。

※制度に関する詳細は、最寄りのハローワークへお問い合わせください。

|            |         |
|------------|---------|
| 介護福祉士等修学資金 | 入学手続後申請 |
|------------|---------|

社会福祉士養成通信課程(各都道府県でご確認ください)

(東京都の貸付制度事例) 月額最大5万円×18ヶ月、入学準備金20万円、就職準備金20万円が貸付されます。

※東京都の貸付制度です。東京都が指定する施設で5年間、相談業務に従事した場合、全額返還免除となります。

※各自治体でも同内容の貸付制度があります。貸付の申請時期・対象養成施設・人数などは都道府県によって異なります。

詳細は現在お住まいの都道府県でご確認ください。

|           |
|-----------|
| その他 教育ローン |
|-----------|

全課程

各種教育ローンの利用が可能です(要審査)。教育ローンは合格前や入学前でも審査を受けることができます。

※教育ローンの詳細については右記二次元バーコードから本校HPの該当ページをご確認ください。

※教育ローンの手続については、各種金融機関へお問い合わせください。

※審査後のキャンセルも可能ですので、早めの準備をお勧めします。

教育ローン紹介  
はこちら ➡





➤ 出願から入学手続きまでの流れ



！ 各ステップの準備や詳細は次ページ P6～8を参照してください。

！ 書類や受講料納付など、不備がないように注意してください。

■ 実習費用について

書類に不足や不備がある場合は、選考対象から外されます。不足、不備がないか提出前に再度下記リストで確認してください。

！ 書類を郵送提出しただけでは、出願は完了しません。  
必ず WEB 出願を行ってください。

| 郵送提出書類                |                                     | 社会福祉士養成課程 |      | 精神保健福祉士養成課程  |      |          |      |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------|------|--------------|------|----------|------|
|                       |                                     | 1 年 6 ヶ月  |      | 一般(1 年 7 ヶ月) |      | 短期(9 ヶ月) |      |
|                       |                                     | 実習あり      | 実習なし | 実習あり         | 実習なし | 実習あり     | 実習なし |
| 全<br>員                | ① 写真貼付書                             | ○         | ○    | ○            | ○    | ○        | ○    |
|                       | ② 入学選考料のお支払いが確認できる<br>振込利用明細書(コピー可) | ○         | ○    | ○            | ○    | ○        | ○    |
|                       | ③ 小論文                               | ○         | ○    | ○            | ○    | ○        | ○    |
| 該<br>当<br>者<br>の<br>み | ④ 大学等の卒業(見込)証明書                     | ○         | △    | ○            | △    | △        | △    |
|                       | ⑤ 実務経験(見込)証明書                       |           | ○    |              | ○    |          | ○    |
|                       | ⑥ 成績証明書                             | △         |      | △            |      | △        |      |
|                       | ⑦ 社会福祉士登録証の写し(または受験票の写し)            |           |      |              |      | △        | △    |
|                       | ⑧ 戸籍抄本 等 ※氏名が現在と異なる場合のみ             | △         | △    | △            | △    | △        | △    |
|                       | ⑨ 基礎科目履修(見込)証明書                     |           |      |              |      | △        | △    |

※○は全員必須、△は該当者のみの提出書類です。詳細は P9 をご確認ください。

STEP 1 WEB 出願

- 下記登録手順に従って個人情報を入力後、画面の指示に従って登録をしてください。
- 登録後、マイページが作成されます。パスワードを忘れないよう、メモ等で控えてください。
- 「nippku@nsd-cloud.info」からのメールを受信できるように設定してください。
- ！WEB 出願は 9 月 1 日から受付開始です。出願開始日以降にアクセスしてください。



WEB 出願は  
こちら ➡

まずは「WEB エントリー・出願ボタン」からスタート！

<https://www.nippku.ac.jp/> にアクセスして「WEB エントリーボタン」から出願をスタートしてください。

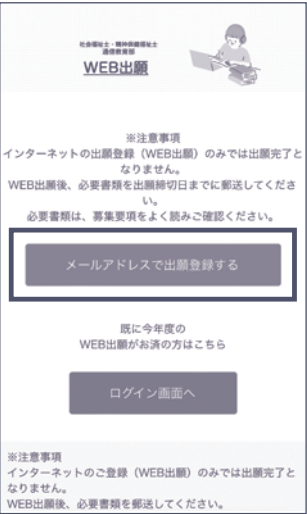
1

本校 HP・WEB 出願  
ページにアクセスし、  
「通信の WEB 出願は  
こちら」をクリック  
(タップ)



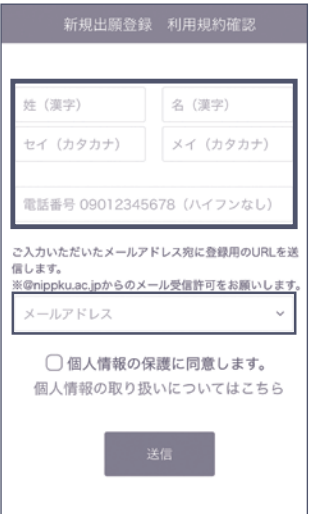
2

「メールアドレスで出願  
登録する」を選択



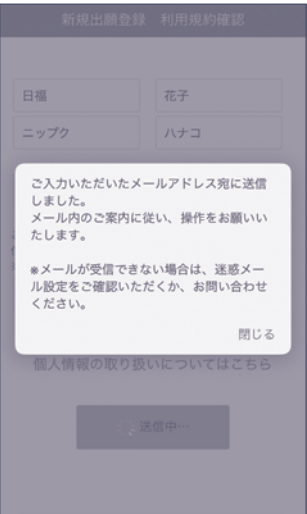
3

「氏名」「電話番号」  
「メールアドレス」  
を登録



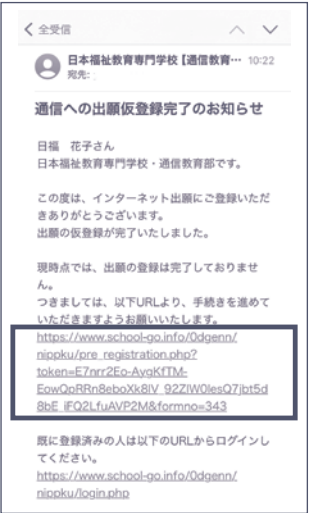
4

登録したメールアドレス  
にメールが配信されます



5

配信された「仮登録完了  
のお知らせ」メール内の  
URL をクリック



6

「住所」「生年月日」など  
個人情報を画面の指示  
に従い入力



！

こんなときは？

Q 「仮登録完了のお知らせ」メールが届きません

A

✎ メールアドレスの打ち間違いはありませんか？  
間違ってしまった場合は再度メールアドレスを登録してください。

✎ 迷惑メールフォルダに受信されていませんか？  
迷惑メールフォルダ内を確認してください。

✎ PC からのメールを受信拒否に設定していませんか？  
「nippku@nsd-cloud.info」からのメールを受信できるよう設定を変更してください。

Q 個人情報などの登録中に誤って途中で終了してしまった

A

再度「仮登録完了のお知らせ」メール内にある URL をクリックしてください。WEB 出願の入力画面に戻ることができます。

※次の画面に進まず、入力途中で終了した場合にはその画面のはじめからの入力となります。

STEP 2 出願書類作成

①入学選考料お支払い

金融機関、ATM 等でお支払いください。振込利用明細書（コピー可）は出願書類の 1 つなので、大切に保管してください。

|      |                                                                                         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 振込口座 | 入学選考料：10,000 円 金融機関：三井住友銀行 高田馬場支店 口座番号：普通預金 3211299<br>口座名義：がくけいしがくえんこほんがくせきヨウイけんもんがくツウ |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

②各種書類準備・作成

自身の郵送提出書類は P9 を確認してください。

出願書類は「出願書式集」を使用するか、本校 HP からダウンロードしてください。



WEB 出願は  
こちら →

STEP 3 出願書類郵送

出願書類の提出は同封の封筒をご利用のうえ、簡易書留にて郵送してください。

※持込を希望の方は、高田校舎窓口へご持参ください。（校舎受付：平日 9：00～17：00 ※土日祝日を除く）

出願書類の到着をもって”出願完了”となります。

※提出書類の返却は原則できません。

！

書類を郵送提出しただけでは、出願は完了しません。必ず WEB 出願を行ってください。

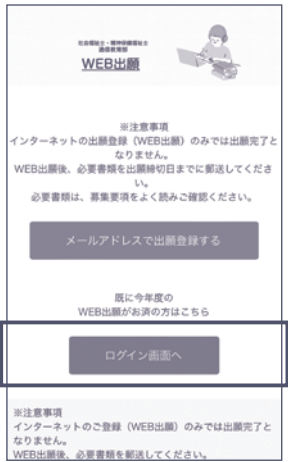
次は合否後の準備をご説明します

STEP 4 合否結果の通知

合否の確認方法

合否結果は各合格通知日の 17：00 頃、WEB 出願時に登録した「マイページ」に通知します。

マイページへは、WEB 出願ページのログイン画面からログインできます。



STEP 5 入学手続・受講料納付

- 「入学手続願書」は合否通知日に投函します。お届けまでに 3～4 日かかります。
- 指定期日までに手続完了をしない場合は、入学許可が取り消されます。
- 入学金と受講料は本校指定の金融機関に振込み、「振込金領収書（コピー可）」を学生記録カードに貼付のうえ、返送してください。
- インターネットバンキングを利用する場合は振込が確認できる画像を貼付してください。
- 入学手続書類は以下の通りです。

|        |                                    |                                                 |
|--------|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 入学手続書類 | 1、学生記録カード（本校指定用紙）<br>3、スクーリング日程確認書 | 2、学費振込金領収書（取引明細がわかるもの [ コピー可 ]）<br>4、その他（顔写真など） |
|--------|------------------------------------|-------------------------------------------------|

FINISH 入学手続完了

- 入学手続完了者へ「テキストのご案内」を送付しますので各自で購入してください。
- 補助教材（学習ガイドブックなど）については、4 月上旬頃に送付します。

➤ ご記入の前に

❗ 書類の記入前にお読みください。

- 本校の出願書類は、希望の学科・入学資格によって異なりますのでご注意ください。出願書類は下記表をご参照ください。
- 出願書類は当該年度の書式でご準備ください。

❗ 書類を郵送提出しただけでは、出願は完了しません。必ず WEB 出願を行ってください。

| 郵送提出書類                |   |                                   | 社会福祉士養成課程 |      | 精神保健福祉士養成課程  |      |              |
|-----------------------|---|-----------------------------------|-----------|------|--------------|------|--------------|
|                       |   |                                   | 1 年 6 ヶ月  |      | 一般(1 年 7 ヶ月) |      | 短期(9 ヶ月)     |
|                       |   |                                   | 実習あり      | 実習なし | 実習あり         | 実習なし | 実習あり<br>実習なし |
| 全<br>員                | ① | 写真貼付書                             | ○         | ○    | ○            | ○    | ○            |
|                       | ② | 入学選考料のお支払いが確認できる<br>振込利用明細書(コピー可) | ○         | ○    | ○            | ○    | ○            |
|                       | ③ | 小論文                               | ○         | ○    | ○            | ○    | ○            |
| 該<br>当<br>者<br>の<br>み | ④ | 大学等の卒業(見込)証明書                     | ○         | △    | ○            | △    | △            |
|                       | ⑤ | 実務経験(見込)証明書                       |           | ○    |              | ○    | ○            |
|                       | ⑥ | 成績証明書                             | △         |      | △            |      | △            |
|                       | ⑦ | 社会福祉士登録証の写し(または受験票の写し)            |           |      |              |      | △            |
|                       | ⑧ | 戸籍抄本 等 ※氏名が現在と異なる場合のみ             | △         | △    | △            | △    | △            |
|                       | ⑨ | 基礎科目履修(見込)証明書                     |           |      |              |      | △            |

※○は全員必須、△は該当者のみの提出書類です。詳細は下記をご確認ください。

WEB  
出 願

- WEB 出願を行い、個人情報のご入力、出願情報をご登録ください。  
実務経験(または見込)のある方は、WEB 出願時に「実習なし」を選択し、「実務経験の申告」を行ってください。
- 提出書類の記入を進めてください。  
ご自身の出願書類は、上記表を参考にしてください。

<振込口座>

入学選考料：10,000 円  
金融機関：三井住友銀行 高田馬場支店 口座番号：普通預金 3211299  
口座名義：ガクナインガクエン ニホンガクシキョウイクセンモンガクコウ

出願書式集

|                                                                                                                                          |           |         |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----------------------------------|
| 本冊子 P11                                                                                                                                  | 全学科       | 全 員     | [ 写真貼付書 ]                         |
| 写真を貼付後、必要項目を記入。                                                                                                                          |           |         |                                   |
| 本冊子 P11                                                                                                                                  | 全学科       | 全 員     | [ 入学選考料のお支払いが確認できる振込利用明細書(コピー可) ] |
| 金融機関または ATM 等でお支払いのうえ、振込利用明細書を [ 写真貼付書 ] に貼付。<br>※領収書は発行できません。必要な方はコピーを提出し、原票は保管してください。<br>※インターネットバンキングでのお支払いの場合、明細がわかるものを印字し、貼付してください。 |           |         |                                   |
| 本冊子 P12～13                                                                                                                               | 全学科       | 全 員     | [ 小論文 ]                           |
| 自身で準備                                                                                                                                    | 全学科       | 入学資格①～③ | [ 大学等の卒業(見込)証明書 ]                 |
| 全学科、入学資格①～③に該当する方は提出が必須です。入学資格については募集要項 P1 をご確認ください。                                                                                     |           |         |                                   |
| 本冊子 P14                                                                                                                                  | 全学科       | 実習なし    | [ 実務経験(見込)証明書 ]                   |
| 自筆無効。実務経験が 1 年以上ある場合にご提出いただきます。WEB 出願時に、実務経験(見込)の申告も行ってください。                                                                             |           |         |                                   |
| 自身で準備                                                                                                                                    | 全学科       | 該当者のみ   | [ 成績証明書 ]                         |
| 社会福祉士養成通信課程にご出願の方で、精神保健福祉士ならびに介護福祉士の実習を履修したことがわかる証明書。<br>精神保健福祉士養成通信課程(一般・短期)にご出願の方で、社会福祉士の実習を履修したことがわかる証明書。                             |           |         |                                   |
| 自身で準備                                                                                                                                    | 精神保健福祉士短期 | 入学資格④   | [ 社会福祉士登録証の写し(または受験票の写し) ]        |
| 精神保健福祉士養成通信課程(短期)にご出願の方で、入学資格④に該当する方は必ずご提出ください。                                                                                          |           |         |                                   |
| 自身で準備                                                                                                                                    | 全学科       | 該当者のみ   | [ 戸籍抄本 等 ]                        |
| 各種書類の氏名が現在と異なる場合に提出してください。<br>旧姓と現在の氏名が確認できる書類であれば、戸籍抄本以外の公的機関が発行する書類(運転免許証、住民票の写し)での提出も可能です。                                            |           |         |                                   |
| 本冊子 P22                                                                                                                                  | 精神保健福祉士短期 | 入学資格①～③ | [ 基礎科目履修(見込)証明書 ]                 |
| 精神保健福祉士養成通信課程(短期)にご出願の方で、入学資格①～③に該当する方は必ずご提出ください。<br>※読替えについては卒業された学校へ確認してください。                                                          |           |         |                                   |

書類  
提 出

- 必要書類をご提出ください(郵送または持込み)。

募集課程・入学資格

学費一覧

出願から入学手続  
までの流れ

ご記入の前に

写真貼付書  
小論文原稿用紙

【社会福祉士】  
実務経験証明書

【精神保健福祉士】  
実務経験証明書

【精神保健福祉士】  
基礎科目履修(見込)

## 小論文テーマ

|      |  |                                                                                  |
|------|--|----------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ |  | 生年月日                                                                             |
| 氏 名  |  | 西暦                      年           月           日生<br>(満                      歳) |

日本福祉教育専門学校 通信教育事業部

上半身脱帽  
の写真を貼付  
4cm×3cm  
(写真裏面に氏名を  
記入した後、全面  
のり付けのこと)

|         |                                                                        |         |                     |
|---------|------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| フリガナ    |                                                                        |         |                     |
| 氏 名     |                                                                        |         |                     |
| 電 話 番 号 | ☎ (      )                                                             | 生 年 月 日 | 西暦<br>年<br>月<br>日 生 |
| 出 願 学 科 | 該当する学科に○をつけてください。<br>社会福祉士養成・精神保健福祉士 <u>一般</u> 養成・精神保健福祉士 <u>短期</u> 養成 |         |                     |

2

振込証明が必要な方は、  
原票を保管し、コピーを  
貼付のこと。

全面のり付けのこと

入学選考料：10,000 円  
金融機関：三井住友銀行 高田馬場支店  
口座番号：普通預金 3211299  
口座名義：ガクケイシガケイン ニホンフクシキョウイクセンモンガツコウ



## ⑤実務経験(見込)証明書(個票)

日本福祉教育専門学校

校長 岸本 光正 殿

| 施設・職種コード |  |  |  |
|----------|--|--|--|
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコード  
よりご確認ください

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                 |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                 | 生年月日(年齢)              |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                 | 昭 和 年 月 日生<br>平 成 満 歳 |
| 職 種                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ※上記に掲載されている二次元バーコードより職種を参考にご記入ください。 | (施設種類)<br>※上記に掲載されている二次元バーコードより施設種類を参考にご記入ください。 |                       |
| 勤務先施設<br>名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                 |                       |
| 勤務先施設<br>所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                 |                       |
| <p>(1) 上記の者は、 年 月 日より<br/>当施設・機関において相談援助業務に<u>従事している者であることを証明します。</u></p> <p>(2) 上記の者は、 年 月 日より 年 月 日まで<br/>当施設・機関において相談援助業務に<u>従事していたことを証明します。</u></p> <p>年 月 日</p> <p>施設・機関代表者 _____</p> <p>施設・機関所在地 _____</p> <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;">職印</div> </div> |                                     |                                                 |                       |

(注) ①証明を受ける者の**自筆は無効**です。

②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「**相談援助業務の範囲**」に**一致することが必要**です。

※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード(<https://www.nippku.ac.jp/experience/>)より確認ください。

③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。

④証明印は職印等、公印を押印してください。

⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。

⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。

⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1施設・1職種・1期間につき1枚必要です)。

⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。

⑨介護福祉士国家試験を受験のための実務経験および期限付き介護福祉士登録者の経過措置解除のための実務経験は、その実務経験をもって社会福祉士国家試験を受験することはできません。

⑩見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲ってください。



⑤実務経験(見込)証明書(個票)

日本福祉教育専門学校

校長 岸本 光正 殿

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| 施設・職種コード |  |  |  |
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|              |                                              |                                                                  |                               |
|--------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| フリガナ         | フクシ ケイコ                                      |                                                                  | 生年月日(年齢)                      |
| 氏 名          | 福祉 敬子                                        |                                                                  | 昭和 53 年 8 月 5 日生<br>平成 満 46 歳 |
| 職 種          | 生活指導員<br>※上記に掲載されている二次元バーコードより職種を参考にご記入ください。 | (施設種類)<br>特別養護老人ホーム<br>※上記に掲載されている二次元バーコードより施設種類を参考に<br>ご記入ください。 |                               |
| 勤務先施設<br>名称  | 特別養護老人ホーム 日本福祉苑                              |                                                                  |                               |
| 勤務先施設<br>所在地 | 東京都豊島区高田 3-6-15                              |                                                                  |                               |

① 上記の者は、2016 年 4 月 1 日より  
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。

(2) 上記の者は、 年 月 日より 年 月 日まで  
当施設・機関において相談援助業務に従事していたことを証明します。

2025 年 1 月 10 日

施設・機関代表者 日本福祉苑 理事長 日本 太郎

施設・機関所在地 東京都新宿区高田馬場 2-16-3



- (注) ①証明を受ける者の自筆は無効です。  
②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード(<https://www.nippku.ac.jp/experience/>)より確認ください。  
③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。  
④証明印は職印等、公印を押印してください。  
⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。  
⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。  
⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です)。  
⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。  
⑨介護福祉士国家試験を受験のための実務経験および期限付き介護福祉士登録者の経過措置解除のための実務経験は、その実務経験をもって  
社会福祉士国家試験を受験することはできません。  
⑩見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。

⑤実務経験(見込)証明書(個票)

日本福祉教育専門学校

校長 岸本 光正 殿

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| 施設・職種コード |  |  |  |
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|                                                    |                                                                                                                                       |                                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| フリガナ                                               | 生年月日(年齢)                                                                                                                              |                                                |
| 氏 名                                                | 昭和 年 月 日生<br>平成 満 歳                                                                                                                   |                                                |
| 医療機関種類                                             | 病 院 ・ 診 療 所 (該当種類を○で囲むこと。)                                                                                                            |                                                |
| 職 種                                                | 以下のアからエまでの業務を行っている職員                                                                                                                  | 職種名 ※上記に掲載されている二次元バーコードより職種を参考にご記入ください。<br>( ) |
| 業 務 内 容<br>(アからエまでの<br>業務を全て<br>行っていることが<br>必要です。) | ア 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助<br>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<br>ウ 患者の社会復帰に係る相談援助<br>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、<br>関係職種等との連携等の活動 |                                                |
| 勤務先医療機関<br>名称                                      |                                                                                                                                       |                                                |
| 勤務先医療機関<br>所在地                                     |                                                                                                                                       |                                                |

(1) 上記の者は、 年 月 日から現在まで当医療機関において上記アからエ  
までの相談援助業務を行う職員として勤務していることを証明します。

(2) 上記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで当医療機関  
において上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを  
証明します。

年 月 日

医療機関代表者

職印

医療機関所在地

- (注) ①証明を受ける者の自筆は無効です。  
②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード(<https://www.nippku.ac.jp/experience/>)より確認ください。  
③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。  
④証明印は職印等、公印を押印してください。  
⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。  
⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。  
⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です)。  
⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。  
⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。

## ⑤実務経験（見込）証明書（個票）

日本福祉教育専門学校

校長 岸本 光正 殿

| 施設・職種コード |  |  |  |
|----------|--|--|--|
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                        | フクシ ケイコ                                                                                                                           | 生年月日（年齢）                                             |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                         | 福祉 敬子                                                                                                                             | 昭和 53 年 8 月 5 日生<br>平成 満 46 歳                        |
| 医療機関種類                                                                                                                                                                                                                                                      | 病 院 ・ 診 療 所 （該当種類を○で囲むこと。）                                                                                                        |                                                      |
| 職 種                                                                                                                                                                                                                                                         | 以下のアからエまでの業務を行っている職員                                                                                                              | 職種名 ※上記に掲載されている二次元バーコードより職種を参考にご記入ください。<br>( 相 談 員 ) |
| 業 務 内 容<br>(アからエまでの業務を全て行っていることが必要です。)                                                                                                                                                                                                                      | ア 患者の経済的問題の解決、調整に係る相談援助<br>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<br>ウ 患者の社会復帰に係る相談援助<br>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 |                                                      |
| 勤務先医療機関名称                                                                                                                                                                                                                                                   | 日本福祉病院                                                                                                                            |                                                      |
| 勤務先医療機関所在地                                                                                                                                                                                                                                                  | 東京都豊島区高田 3-6-15                                                                                                                   |                                                      |
| <p>① 上記の者は、2016 年 4 月 1 日から現在まで当医療機関において上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで当医療機関において上記アからエまでの相談援助業務を行う職員として勤務していたことを証明します。</p> <p>2025 年 1 月 10 日</p> <p>医療機関代表者 日本福祉病院 理事長 日本 太郎</p> <p>医療機関所在地 東京都新宿区高田馬場 2-16-3</p> |                                                                                                                                   |                                                      |

（注） ①証明を受ける者の自筆は無効です。  
②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード (<https://www.nippku.ac.jp/experience/>) より確認ください。  
③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。  
④証明印は職印等、公印を押印してください。  
⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。  
⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。  
⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です)。  
⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。  
⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。

## ⑤実務経験（見込）証明書（個票）

日本福祉教育専門学校

校長 岸本 光正 殿

| 施設・職種コード |  |  |  |
|----------|--|--|--|
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                         | 生年月日（年齢）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 氏 名                                                                                                                                                                                          | 昭和 年 月 日生<br>平成 満 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 所 属                                                                                                                                                                                          | 都 道 府 県<br>社会福祉協議会<br>市 区 町 村                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 業 務 内 容<br>(証明を受ける主たる業務内容にシ印をつけてください)                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 専門員（地域福祉権利擁護事業）<br><input type="checkbox"/> 福祉活動専門員<br><input type="checkbox"/> 高齢者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 身体障害者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 知的障害者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 精神障害者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 児童を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> その他の要援護者（ ）に対する相談援助業務 |
| <p>(1) 上記の者は、 年 月 日より当社会福祉協議会において上記の業務を行う職員として勤務していることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで当社会福祉協議会において上記の業務を行う職員として勤務していたことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>社会福祉協議会代表者</p> <p>社会福祉協議会所在地</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

（注） ①証明を受ける者の自筆は無効です。  
②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード (<https://www.nippku.ac.jp/experience/>) より確認ください。  
③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。  
④証明印は職印等、公印を押印してください。  
⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。  
⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。  
⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です)。  
⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。  
⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。

⑤実務経験（見込）証明書（個票）

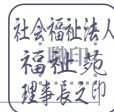
日本福祉教育専門学校  
校長 岸本 光正 殿

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| 施設・職種コード |  |  |  |
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |          |                           |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------|
| フリガナ                                              | ニップク ジロウ                                                                                                                                                                                                                           | 生年月日（年齢） |                           |
| 氏 名                                               | 日福 次郎                                                                                                                                                                                                                              | 昭和<br>平成 | 63 年 10 月 20 日生<br>満 36 歳 |
| 所 属                                               | 東京 (都) 道 府 県<br>社会福祉協議会<br>市 区 町 村                                                                                                                                                                                                 |          |                           |
| 業 務 内 容<br>(証明を受ける<br>主たる業務内容<br>にシ印をつけて<br>ください) | <input checked="" type="checkbox"/> 専門員（地域福祉権利擁護事業）                                                                                                                                                                                |          |                           |
|                                                   | <input type="checkbox"/> 福祉活動専門員                                                                                                                                                                                                   |          |                           |
|                                                   | <input type="checkbox"/> 高齢者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 身体障害者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 知的障害者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 精神障害者を主とする相談援助業務<br><input type="checkbox"/> 児童を主とする相談援助業務           |          |                           |
|                                                   | <input type="checkbox"/> その他の要援護者（ ）に対する相談援助業務                                                                                                                                                                                     |          |                           |
|                                                   | (1) 上記の者は、2021 年 10 月 1 日より当社会福祉協議会において上記の業務を行う職員として勤務していることを証明します。<br>(2) 上記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで当社会福祉協議会において上記の業務を行う職員として勤務していたことを証明します。<br><br>2025 年 1 月 10 日<br>社会福祉協議会代表者 社会福祉法人福祉会 理事長 日本 太郎<br>社会福祉協議会所在地 東京都新宿区高田馬場 2-16-3 |          |                           |



(注) ①証明を受ける者の自筆は無効です。  
②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「相談援助業務の範囲」に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード(<https://www.nippku.ac.jp/experience/>)より確認ください。  
③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。  
④証明印は職印等、公印を押印してください。  
⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。  
⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。  
⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です)。  
⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。  
⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。

※次ページの記入例に従い、ご記入ください。

⑤実務経験（見込）証明書（個票）

日本福祉教育専門学校  
校長 岸本 光正 殿

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| 施設・職種コード |  |  |  |
|          |  |  |  |



※コードは右記に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|                                                                                                                                                                                  |                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                             | 生年月日（年齢）                           |             |
| 氏 名                                                                                                                                                                              | 昭和<br>平成 年 月 日生<br>満 歳             |             |
| 施設種類（精神障害者に対してサービスを提供する施設）                                                                                                                                                       | 職 種                                | 相談援助業務従事年月数 |
| ※上記に掲載されている二次元バーコードより施設種類を参考に記入ください。                                                                                                                                             | ※上記に掲載されている二次元バーコードより職種を参考に記入ください。 | 年 月         |
| 勤務先施設名称                                                                                                                                                                          |                                    |             |
| 勤務先施設所在地                                                                                                                                                                         |                                    |             |
| (1) 上記の者は、 年 月 日より当施設・機関において精神障害者を対象とする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。<br>(2) 上記の者は、 年 月 日より、 年 月 日まで当施設・機関において精神障害者を対象とする相談援助業務に従事していたことを証明します。<br><br>年 月 日<br>施設・機関代表者<br>施設・機関所在地 |                                    |             |



(注) ①証明を受ける者の自筆は無効です。  
②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「実務経験が認められる指定施設の範囲（精神障害者に対してサービスを提供する者に限る）」および具体的な職種に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード(<https://www.nippku.ac.jp/experience/>)より確認ください。  
③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。  
④証明印は職印等、公印を押印してください。  
⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。  
⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。  
⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。(1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です)。  
⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。  
⑨見込みの場合、(見込)を点線に従い、○で囲んでください。



## 記入例

精神保健福祉士養成通信課程

### ⑤実務経験（見込）証明書（個票）

日本福祉教育専門学校

校長 岸本 光正 殿

| 施設・職種コード |  |  |  |
|----------|--|--|--|
|          |  |  |  |



※コードは P1 に掲載されている二次元バーコードよりご確認ください

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |                                |  |          |                     |  |          |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|----------|---------------------|--|----------|-------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ニップク ジロウ                                                   | 生年月日（年齢）                       |  |          |                     |  |          |                   |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 日福 次郎                                                      | 昭和 63 年 10 月 20日生<br>平成 満 36 歳 |  |          |                     |  |          |                   |
| 施設種類（精神障害者に対してサービスを提供する施設）<br><b>障害福祉サービス事業（生活介護を行う施設）</b><br>※上記に掲載されている二次元バーコードより施設種類を参考にご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                         | 職 種<br><b>生活支援員</b><br>※上記に掲載されている二次元バーコードより職種を参考にご記入ください。 | 相談援助業務従事年月数<br><b>3 年 3 月</b>  |  |          |                     |  |          |                   |
| 勤務先施設名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 福祉センター けいしん                                                |                                |  |          |                     |  |          |                   |
| 勤務先施設所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 東京都豊島区高田 3-6-15                                            |                                |  |          |                     |  |          |                   |
| <p>① 上記の者は、<b>2021 年 10 月 1</b>日より当施設・機関において<b>精神障害者を対象とする相談援助業務</b>に従事している者であることを証明します。</p> <p>② 上記の者は、 年 月 日より、 年 月 日まで当施設・機関において<b>精神障害者を対象とする相談援助業務</b>に従事していたことを証明します。</p> <p><b>2025 年 1 月 10</b>日</p> <table><tr><td>施設・機関代表者</td><td>社会福祉法人福祉会 理事長 日本 太郎</td><td rowspan="2"></td></tr><tr><td>施設・機関所在地</td><td>東京都新宿区高田馬場 2-16-3</td></tr></table> |                                                            |                                |  | 施設・機関代表者 | 社会福祉法人福祉会 理事長 日本 太郎 |  | 施設・機関所在地 | 東京都新宿区高田馬場 2-16-3 |
| 施設・機関代表者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 社会福祉法人福祉会 理事長 日本 太郎                                        |                                |  |          |                     |  |          |                   |
| 施設・機関所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 東京都新宿区高田馬場 2-16-3                                          |                                |  |          |                     |  |          |                   |

- （注）①証明を受ける者の自筆は無効です。
- ②「職種」「施設種類」欄は、厚生労働省で定める「実務経験が認められる指定施設の範囲（精神障害者に対してサービスを提供する者に限る）」および具体的な職種に一致することが必要です。  
※相談援助業務・指定施設に関する資料または上記二次元バーコード（<https://www.nippku.ac.jp/experience/>）より確認ください。
- ③期間は、現在継続して勤務をしている場合には(1)、かつて勤務していた場合には(2)を記入してください。
- ④証明印は職印等、公印を押印してください。
- ⑤訂正した場合には、証明印と同じ印で訂正印を押印してください。修正液等による訂正は認められません。
- ⑥本証明書に虚偽や錯誤による表記および証明等があった場合、入学資格並びに国家試験受験資格および登録が取り消されることがあります。
- ⑦同法人内であっても、実際に勤務した施設・職種ごとに作成してください。（1 施設・1 職種・1 期間につき 1 枚必要です）。
- ⑧用紙不足の場合はコピーしてお使いください。
- ⑨見込みの場合、（見込）を点線に従い、○で囲んでください。

精神保健福祉士養成通信課程（短期）

### ⑨精神障害者の保健及び福祉に関する基礎科目履修（見込）証明書

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は精神保健福祉士法第 7 条第 2 号の規定に基づく下記基礎科目を履修したこと（履修見込）を証明する。

|    | 科 目 名 称         | 大学等における履修科目名 | 履 修 状 況 | 読替認定年月日<br>及び番号 |
|----|-----------------|--------------|---------|-----------------|
| 1  | 医学概論            |              | 履修・履修見込 |                 |
| 2  | 心理学と心理的支援       |              | 履修・履修見込 |                 |
| 3  | 社会学と社会システム      |              | 履修・履修見込 |                 |
| 4  | 社会福祉の原理と政策      |              | 履修・履修見込 |                 |
| 5  | 地域福祉と包括的支援体制    |              | 履修・履修見込 |                 |
| 6  | 社会保障            |              | 履修・履修見込 |                 |
| 7  | 障害者福祉           |              | 履修・履修見込 |                 |
| 8  | 権利擁護を支える法制度     |              | 履修・履修見込 |                 |
| 9  | 刑事司法と福祉         |              | 履修・履修見込 |                 |
| 10 | 社会福祉調査の基礎       |              | 履修・履修見込 |                 |
| 11 | ソーシャルワークの基盤と専門職 |              | 履修・履修見込 |                 |
| 12 | ソーシャルワーク演習      |              | 履修・履修見込 |                 |

年 月 日

学校名

学長名

印

#### 【注意事項】

- ※1. 本様式は令和 3 年 4 月入学者からの適用となります。それ以前に大学・短大等をご卒業の場合はお問い合わせください。
- ※2. 社会福祉士登録証の写しを提出する場合は、本書式の提出は必要ありません。
- ※3. 基礎科目は上記表の 12 科目すべての履修が必要です。  
「履修状況」欄は履修した（履修見込の）科目の「履修・履修見込」いずれかの文字を○で囲んでください。
- ※4. 履修していない科目は「履修・履修見込」の文字を二重線で消してください。
- ※5. 「読替認定年月日および番号」は厚生労働省精神・障害保健課認定のものを記入してください。