

## 入学志願書

裏面自署欄と同じ日付

作成年月日 令和 ○年 ×月 △日

|         |                                        |                                                                          |
|---------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ    | ドウト ハナコ                                | 写真                                                                       |
| 氏 名     | 道都 花子 (旧姓 星 槎)                         | 1. 正面上半身脱帽及び背景無地のもの<br>(スナップ写真不可)<br>2. 縦4cm・横3cm<br>3. 裏面に氏名を記入後全体をのり付け |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 ○○年 ○月 ××日 (満 △△歳)<br>(西暦 19□□年) | 性 別<br>男・女                                                               |
| 現住所     | 〒XXX-XXXX<br>北海道 ○○市 △△区 □□町 ××番地      |                                                                          |
|         | 電 話 ○○○-△△-××                          | FAX ××-△△△-○○○○                                                          |
|         | 携帯電話 △△△-××-○○                         | Eメール xxxxyyzzz@*****ne.jp<br>(職場・自宅)<br>(携帯)                             |

## 【証明写真】

- ・6カ月以内に撮影した写真を貼付
- ・背景がないもの(背景は薄い単一色)
- ・正面向き  
(顔がはっきりと判別できるもの)
- ・頭頂部に2mm以上の余白  
(頭上は切れないように)
- ・自撮り撮影は不可  
(カメラを固定してのタイマー撮影は可)
- ・加工修正したものは不可
- ・普通紙印刷は不可

該当区分いづれかに✓

## 入 学 資 格

- |                                     |       |                         |
|-------------------------------------|-------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 区分1-1 | 社会福祉士(精神実務経験1年なし 社会福祉士) |
| <input type="checkbox"/>            | 区分1-2 | 社会福祉士(精神実務経験1年あり)       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 区分1-3 | 社会福祉士(精神実務経験1年なし 社会福祉士) |
| <input type="checkbox"/>            | 区分2   | 福祉系大学等(4年)卒(基礎科目履修)     |
| <input type="checkbox"/>            | 区分3   | 福祉系短大等(3年)卒(基礎科目履修)+実務  |
| <input type="checkbox"/>            | 区分4   | 福祉系短大等(2年)卒(要基礎科目履修)+実務 |

履修免除 利用希望有無

☐科目履修免除希望☐実習履修一部免除希望☒実習履修免除希望振込金受領証明書・利用明細書のり付け欄  
(左端だけを張り付けて下さい)

|                        |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康状態について(※)            | 現在、治療中(投薬を含む)の疾患がある。<br>過去に何らかの既往歴がある。<br>例) 糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病<br>精神疾患の既往歴がある。または、<br>現在、精神疾患の治療中である。<br>現在、妊娠中である。<br>視覚・聴覚・言語・四肢に障害がある。<br>※配慮が必要となる場合は、事前に対応の可否について本学へご相談下さい。 | <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい<br>(疾患名: 高血圧症、高脂血症)<br><br><input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 治療終了<5年前><br>(疾患名: 適応障害)<br><br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→<<br>(障害名: )<br><br><input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい(団体名: 日本精神保健福祉士協会) |
| 専門職団体などに所属していますか。      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 平日日中(9:00-17:00)連絡時の希望 | <input checked="" type="checkbox"/> 電話(希望時間: 12時~13時 頃)<br><input checked="" type="checkbox"/> メール                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 「一般教育訓練給付制度」利用予定       | <input type="checkbox"/> 利用しない <input checked="" type="checkbox"/> 利用する                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

免除希望の場合✓

※成績証明書・実務経験証明書が必要

希望連絡先に✓(複数可)  
9時~17時の間で希望する  
時間があれば( )に記入

※「健康状態について」欄は、就学する上で支障がないかを  
確認するものです。診断書や医師の許可状を提出するものでは  
ありません。医師の許可状を提出する場合は、医師の許可  
状の提出を求めたり、入学のご連絡をする場合があります。

左の斜線部分をのり付けする  
(右側はめくれる様に)

いづれかに✓

※科目免除

有・無

※卒割

有・無

# 経 歴 書

## 1. 学 歴（高校卒業から記入、養成校等も記入）

高等学校の卒業年から記載

※以降、養成校等も含め、

入学・卒業(修了・退学等)を記載

平成 △年 3月 □□高等学校 ××科 卒業

平成 △年 4月 ○○大学 ◇◇学部 △△課程 入学

平成 ○年 3月 ○○大学 ◇◇学部 △△課程 卒業

令和 ○年 4月 ▲▲大学 ■■養成課程(通信) 入学

令和 ○年 3月 ▲▲大学 ■■養成課程(通信) 修了

年は「和暦」で記載

先など。業種を問わず、現在に至るまで記載ください。)

勤務期間

法人名・事業所名

所在地

職種

平成○年 ×月～ ◇年 △月

×○商事 △□支店

△△市

事務

令和◇年 △月～ ◇年 ○月

社会福祉法人○○ 介護老人保健施設◇◇苑

○○市

支援相談員

年 月～ 年 月

(在職中)

年 月～ 年 月

以上

年 月～ 年 月

・事業所名も忘れずに記載してください

年 月～ 年 月

・同一法人でも事業所ごとに記載が必要です

年 月～ 年 月

・「別紙参照」とし、別紙を添付しても構いません

年 月～ 年 月

・在職中・求職中・無職等も記載

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

訂正の場合は、二重線で消し、  
上または横に記載する

## 3. 資格

平成△年 ○月 普通自動車運転免許

令和□年 ×月 マイクロソフト オフィス スペシャリスト Word ~~2015~~ 2016 取得

令和□年 △月 マイクロソフト オフィス スペシャリスト Excel 2016 取得

令和◇年 □月 社会福祉士

年 月

## 4. その他

※経歴(学歴、職歴、資格、現疾患や配慮事項等)について、詐称(虚偽の申告の他、申告すべき内容の秘匿も含む)があったことが発覚した場合、合格後であっても、再選考となることがあります。

※特記事項がある場合や学歴、職歴等書ききれない場合、使用してください。

記載事項は、すべて事実と相違ありません。

表面の作成年月日と同一の日付

氏名を記載する

令和 ○年 ×月 △日

(本人自署) 氏名

道都 花子

精神保健福祉士通信教育課程に入学される動機と精神保健福祉士として働く自分の将来像について、700 字以上 800 字以内で記載してください。

- ・提出用は黒のボールペンで記載すること。
- ※下書きは別の紙やパソコンで文章を作成し、推敲した上で清書すると良い。
- ※鉛筆で下書きをした場合は、完成後に丁寧に消しゴムをかけること。

(マス目の印刷が多少薄くなる分には問題ない)

- ・タイトル(題名)の記載は不要。
- ・裏面「35」の列まで記載しておおむね 700 文字。「40」の列でおおむね 800 字となる。
- ※改行によって文字数が異なるため注意。

|  | 5 | 10 | 15 | 20 |    |
|--|---|----|----|----|----|
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    | 5  |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    | 10 |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    | 15 |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |
|  |   |    |    |    |    |



# 作成上の注意点 (申告者本人が記載)

様式 3-1

## 実務経験証明書

令和 年 月 日

星槎道都大学 学長 殿

記載日

申告者  
住 所 〒

申告者の住所と氏名記入

氏 名

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

| 所属していた（している）<br>施設・機関・事業所名等 | 職 種 | 期 間           | 証 明 権 者 |
|-----------------------------|-----|---------------|---------|
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
|                             |     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |

証明権者が記載する様式 3-2（個票）と  
一致する機関・施設・事業所名および期間  
で申告すること（事業所名を忘れずに）

証明（個票）を依頼する施設・機関名

（注 1） 様式 3-2（個票）の証明事項は、上記本欄の内容と一致すること。

（注 2） 様式 3-2（個票）において、法人の代表者が証明を行う場合は、法人名を併記すること。

なお、施設種類の確認を行うため、法人による証明であっても、施設・機関・事業所名等についても必ず記載すること。

# 作成上の注意点 (勤務施設が記載)

様式 3-2

事業所名も忘れずに記載すること

実務経験証明書（個票）

該当箇所を○  
( ) 内に年齢を記載

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |         |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|----------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |         | 生年月日（年齢）                   |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 下部証明欄について法人が証明する場合には必ず記載すること              |         | 昭和・平成 年 月 日<br>(西暦 年) ( 歳) |
| 施設・機関・事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (例) 障害福祉サービス ●●●<br>札幌西事業所 ○○○            | (法人等名称) | (例) 社会福祉法人 △△△会            |
| 職 種                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 募集要項内「P37 指定施設における相談援助業務（実務経験）」記載の該当番号を記入 |         | 施設、職種番号<br>( , )           |
| <p>(1) 上記の者は、 年 月 日より当施設・機関において勤務している者であることを証明します。</p> <p>年は「和暦」で記載</p> <p>現在勤務が連続している場合（※期間内で職種が違う場合があれば注意）</p> <p>(2) 上記の者は、 年 月 日より 年 月 日まで当施設・機関において勤務していたことを証明します。</p> <p>上記職種で過去に勤務していた場合（※期間内で職種が違う場合があれば注意）</p> <p>令和 年 月 日 記載日</p> <p>所在地</p> <p>施設・機関名</p> <p>施設・機関代表者</p> <p>証明権限を有する代表者の職印<br/>(個人の認印 不可)</p> <p></p> |                                           |         |                            |

(1) か (2) いずれかに記載

ゴム印 可

※本証明書が複数必要な場合は、コピーをしてご使用ください。

※証明は、所属長である施設・機関の代表者が行うものとしませんが、法人の代表者による証明でも可とします。その場合、「(法人等名称)」欄を記載の上、証明欄の法人名に施設・機関名を併記してください。

※訂正する場合は、必ず証明権限を有する施設・機関代表者の職印で訂正してください。

修正液等で訂正したものは証明書として無効です。

※本証明書に虚偽や錯誤による表記及び証明等があった場合、入学や国家試験受験資格・登録が取り消されることがあります。

相談援助の実務経験申告書

本人記載

星槎道都大学 学長 殿

作成日 令和 年 月 日

フリガナ

氏 名

いずれかにチェック

私の精神保健福祉に関する相談援助の実務経験は、厚生労働省告示による精神保健福祉に関する指定施設における相談援助の実務に該当すると思われるので、所属長等の証明を添えて申告いたします。

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 常勤・非常勤の区分<br>(いずれかに☑)     | <input type="checkbox"/> 常 勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤 (労働時間が当該施設の常勤者のおおむね4分の3以上の者に限る)                                                                                                                                                                                                          |
| 2. 業務内容<br>(全て該当していることが必要です) | <input type="checkbox"/> ①精神障害者の相談<br><input type="checkbox"/> ②精神障害者に対する助言、指導<br><input type="checkbox"/> ③精神障害者に対する日常生活への適応のための必要な訓練<br><input type="checkbox"/> ④精神障害者に対するその他の援助 (その他 )<br><input type="checkbox"/> ⑤援助を行うための関係業務 (募集要項「P37 指定施設に )<br>年間を通じた勤務時間の概ね5割以上を従事している場合に、①～⑤の該当項目を選択すること |
| 3. 活動事例<br>(主なもの1～2例)        | 「2. 業務内容」で選択した相談援助業務について、主な活動事例を以下に記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                          |

全ての事項に該当する必要があります

(1) 対象者の概要 (年齢: 歳、 疾患名: )  
(2) 活動内容

(注) 当欄に書ききれない場合、「別紙のとおり」(A4サイズ、様式自由)

証明権限を有する代表者の職印  
(個人の認印 不可)

ゴム印 可

勤務施設記載

と異なる欄> 間違いのないことを証明します。また、次の内容について、確認しました。

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 法人名 |     |     |
| 代表者 | 役 職 | 氏 名 |
|     |     |     |



|                                                                                                                                                                                              |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 確認事項                                                                                                                                                                                         | 「実務経験証明書」及び「相談援助の実務経験申告書」の証明にあたり、下記の全ての基準等を満たすことを確認しました。(該当する事項に☑) |
| <input type="checkbox"/> 当該職種に係る業務が、当該施設の定款、実施要項等において明記された各種の精神保健福祉に関する相談援助業務であること (以下のうち該当するものに○を付し、「その他」については具体的な文書名を記入すること)。<br>・定款 ・実施要領 ・事業、業務の根拠となる条例 ・要綱及び自治体からの委託契約書<br>・その他 (文書名: ) |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 申告者は、指定施設における業務の範囲等について (障発0805第4号 平成23年8月5日) の1から4に掲げる職種の例と同等以上の精神保健福祉に関する相談援助業務を行っている相談員であること                                                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 申告者の精神保健福祉に関する相談援助の業務に従事している業務の範囲等についての1から4に掲げる職種の例と同等以上の精神保健福祉に関する相談援助業務を行っている相談員として、当該施設又は事業所と雇用関係をもつ者 (当該施設又は事業所に勤務する者を含む。) で従事した期間を通算して計算したものであること。             | 業務の根拠となる定款、実施要項、条例等に○を付すこと                                         |
| <input type="checkbox"/> 申告者の活動事例 (主なもの1～2例) は、事実に基づく内容であること。                                                                                                                                |                                                                    |

(注) この申告書に不実・錯誤した内容がある場合は、出願資格を認められない場合があります。また、上記申告者について、該当する事項にチェック (全ての事項に該当する必要があります。)

※学校処理欄 可・否

## 記入上の注意

科目を修得した大学・短大等に証明・記載を依頼してください。  
証明のないもの、自身で記載したものは無効です。

様式4-1から4-4までの「基礎科目履修（見込）証明書」様式については、右のQRコードよりダウンロード・印刷が可能です。

ご自身での印刷が難しい場合で、基礎科目を履修された大学・短大等において独自の様式がない場合には、印刷した様式を別途送付いたします。お電話またはメールにて、星槎道都大学 生涯学習課までご連絡願います。



大学・短大等において独自の様式がある場合、基礎科目の履修が確認できる内容が満たされていれば、そちらをお使いいただいても構いません。

### 様式4-1

## 基礎科目履修（見込）証明書

基礎科目は、当該科目を取得された大学・短大等への入学時期により異なります。  
ご自身の入学した時期をご確認し、様式4-1～4-4いずれか該当する様式をご利用ください。

【平成21年3月までの入学者に適用】

|           |        |          |           |
|-----------|--------|----------|-----------|
| フリガナ      |        |          | 生 年 月 日   |
| 氏 名       |        |          | 昭和 年 月 日生 |
| 学部・学科・コース |        |          | 平成        |
| 入学年月      | 平成 年 月 | 卒業(見込)年月 | 平成 年 月    |

| 基 礎 科 目                         |       | 履修<br>状況 | 大学・短大等において基礎科目<br>を読み替えている開講科目名 | 読替認定年月日<br>及 び 番 号 等 |
|---------------------------------|-------|----------|---------------------------------|----------------------|
| 社会福祉原論                          |       |          |                                 |                      |
| 一<br>科<br>目<br>い<br>ず<br>れ<br>か | 社会保障論 |          |                                 |                      |
|                                 | 公的扶助論 |          |                                 |                      |
|                                 | 地域福祉論 |          |                                 |                      |
| 精神保健福祉援助技術総論                    |       |          |                                 |                      |
| 医学一般                            |       |          |                                 |                      |
| 一<br>科<br>目<br>い<br>ず<br>れ<br>か | 心理学   |          |                                 |                      |
|                                 | 社会学   |          |                                 |                      |
|                                 | 法学    |          |                                 |                      |

出願資格に基礎科目を要する方は、記載された科目を全て満たしている必要があります。  
※見込みの場合は、履修状況の欄に『見込み』とご記入ください。

※いずれか該当する方に○を記入して下さい。

令和 年 月 日

所在地

大学・短大等名

大学・短大等代表者

印

※学校処理欄 可・否



様式 5

星槎道都大学 学長 様

履修科目免除申請書

|                                                                         |                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 令和                      年                      月                      日 |                 |
| 課程名                                                                     | 精神保健福祉士養成課程（短期） |
| フリガナ                                                                    |                 |
| 氏 名                                                                     |                 |

下記のとおり、科目の免除を申請いたします。

| 科目名                | 科目免除希望 | ※<br>免除可否 |
|--------------------|--------|-----------|
| 精神医学と精神医療          |        |           |
| 現代の精神保健の課題と支援      |        |           |
| 精神保健福祉の原理          |        |           |
| ソーシャルワークの理論と方法     |        |           |
| ソーシャルワークの理論と方法（専門） |        |           |
| 精神障害リハビリテーション論     |        |           |
| 精神保健福祉制度論          |        |           |
| ソーシャルワーク演習(専門)     |        |           |
| ソーシャルワーク実習指導       |        |           |
| ソーシャルワーク実習         |        |           |

※は学校処理欄です。

1. 他大学等において単位を取得済で、免除を希望する科目にのみ○印を記入して下さい。
2. ソーシャルワーク実習指導およびソーシャルワーク実習は一体不可分のため一方のみの科目免除はできません。
3. 本証明書に虚偽や錯誤による表記及び証明等があった場合、入学や履修科目免除及び国家試験受験資格・登録が取り消されることがあります。
4. 該当する科目が記載されている成績証明書を添付して下さい。
5. 指定科目が「Ⅰ、Ⅱ」のように複数科目に区分されている場合や、独自の科目名で開講され読替を行っている場合には、カリキュラム表や指定科目対照表等の書類についてご提出をお願いすることがあります。
6. 指定科目の読替を行う際には、「精神保健福祉士養成施設等の設置及び運営に係る指針について」に示す教育内容が全て含まれる必要があります。

## 1 科目省令に定める科目の読替の範囲

科目省令に定める科目の読替の範囲は次表のとおりとし、「精神保健福祉士養成施設等の設置及び運営に係る指針について」に示す教育内容を全て含むこととする。なお、(＊)の科目は、社会福祉に関する科目を定める省令に定める科目の読替の範囲のとおりとし、「社会福祉士学校及び介護福祉士学校の設置及び運営に係る指針について」に示す教育内容が全て含まれる必要があることとする。

また、指定科目等の名称及び読替の範囲に掲げる科目の名称が次のいずれかに該当する場合については、読替の範囲に該当するものとして取り扱って差し支えないこととする。

- (1) 科目名の末尾に、「原論」、「(の)原理」、「総論」、「概論」、「概説」、「論」、「法」、「(の)方法」及び「学」のうち、いずれかの語句又は複数の語句が加わる場合
- (2) 科目名の末尾に「Ⅰ」、「Ⅱ」等が加わるにより、複数の科目に区分され、かつ、当該区分された科目の全てを行う場合
- (3) 一つの指定科目の教育を、複数科目の履修により行う場合であって、その当該複数科目の名称の全てが一つの指定科目の読替の範囲に該当する場合(次表において読替の範囲の条件が別途規定されているものについては、それらも満たすこと)
- (4) (1)から(3)のいずれにも該当する場合

| 指定科目等名             | 読替の範囲                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 精神医学と精神医療          | 精神疾患とその治療、精神医学、精神科医学                                                                                                   |
| 現代の精神保健の課題と支援      | 精神保健、精神保健の課題と支援、現代のメンタルヘルスの課題と支援、メンタルヘルスの課題と支援                                                                         |
| 精神保健福祉の原理          | (読替なし)                                                                                                                 |
| (＊)ソーシャルワークの理論と方法  | 社会福祉援助技術、ソーシャルワーク、ソーシャルワークの理論と方法、相談援助、相談援助の理論と方法                                                                       |
| ソーシャルワークの理論と方法(専門) | (読替なし)                                                                                                                 |
| 精神障害リハビリテーション論     | (読替なし)                                                                                                                 |
| 精神保健福祉制度論          | (読替なし)                                                                                                                 |
| ソーシャルワーク演習(専門)     | 精神保健福祉援助演習、相談援助技術演習、精神保健福祉援助技術演習、精神保健福祉演習                                                                              |
| ソーシャルワーク実習指導       | 相談援助現場実習指導、相談援助技術実習指導、相談援助技術現場実習指導、精神保健福祉援助技術実習指導、精神保健福祉援助技術現場実習指導、精神保健福祉実習指導、精神保健福祉現場実習指導、精神保健福祉援助実習指導、ソーシャルワーク現場実習指導 |
| ソーシャルワーク実習         | 相談援助現場実習、相談援助技術実習、相談援助技術現場実習、精神保健福祉援助技術実習、精神保健福祉援助技術現場実習、精神保健福祉実習、精神保健福祉現場実習、精神保健福祉援助実習、ソーシャルワーク現場実習                   |

# 誓 約 書

令和      年      月      日

星槎道都大学 学長 殿

志願課程   ： 精神保健福祉士養成課程（短期）

入学志願に際し、以下のとおり誓約いたします。

1. 志願・入学に関する書類の記載事項は、全て事実と相違ありません。また、申告すべき内容の秘匿ありません。
2. 入学前に相談・申告のない事項について入学後に配慮を求めることはありません。
3. 貴学の教育理念に賛同し、入学の上は貴学の指導に従い、学則および規程を遵守し、当該資格の取得へ向けて勉学に励みます。
4. 実習科目の履修や、修了見込判定に際して、所定のスクーリング、レポート学習および試験等の学習が滞っている場合、実習科目の履修が出来ない、修了見込証明書の発行が受けられない場合があることを了承します。
5. 学則および規程に違反した場合は、退学処分を受けても異議ありません。
6. 経歴の詐称や錯誤により志願・入学に関する書類の記載事項に事実と相違があった場合、貴学の学生としてふさわしくないと判断される客観的事実が明らかとなった場合は、合格又は入学手続き終了後であっても、合格または入学が取り消されることがあることを了承します。

フリガナ

本人自署

氏 名

印

令和      年      月      日      ご署名：      (自署)