様式１

記入例・注意事項

※受付番号

星槎道都大学 精神保健福祉士一般養成課程

入学志願書

裏面自署欄と同じ日付 → 作成年月日 令和 〇年 ×月 △日

フリガナ	ドウト タイヨウ			写真 １．正面上半身脱帽及び背景無地のもの（スナップ写真不可） ２．縦４cm・横３cm ３．裏面に氏名を記入後全体をのり付け
氏　名	**道都　太陽**　（旧姓　　　）			
生　年 月　日	(昭和)・平成　〇〇年　〇月　××日（満　△△歳） （西暦　１９□□年）	性　別	(男)・女	
現住所	〒　XXX　－　XXXX **北海道　〇〇市　△△区　□□町　××番地**			
	電　話	〇〇〇-△△-××	ＦＡＸ	××-△△△-〇〇〇〇
	携帯電話	△△△-××-〇〇	Ｅメール	xxxyyyzzz@*****ne.jp　（職場・自宅・(携帯)）

【証明写真】
・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
（頭上が切れないように）
・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

該当区分いずれかに✓

入　学　資　格		
☑	区分１	４年制大学卒業
□	区分２	短大３年を卒業し、実務経験１年以上
□	区分３	短大２年を卒業し、実務経験２年以上
□	区分４	指定施設において４年以上相談援助の業務に従事

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

免除希望の場合✓
※成績証明書・実務経験証明書が必要

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）

左の斜線部分をのり付けする
（右側はめくれる様に）

健康状態について（※）	現在、治療中（投薬を含む）の疾患がある。	□いいえ　☑はい （疾患名：　高血圧症、高脂血症　）
	過去に何らかの既往歴がある。 例）糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病	＜　　年前＞）
	精神疾患の既往歴がある。または、現在、精神疾患の治療中である。	□いいえ　☑はい→□治療中　☑治療終了＜ 5年前＞ （疾患名：　**適応障害**　）
	現在、妊娠中である。	☑いいえ　□はい→　＜
	視覚・聴覚・言語・四肢に障害がある。 ※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。	☑いいえ　□はい （障害名：
専門職団体などに所属していますか。		□いいえ　☑はい（団体名：**日本精神保健福祉士協会**）
平日日中（9:00-17:00）連絡時の希望		☑電話（希望時間：　**12 時～13 時**　頃　） ☑メール
「一般教育訓練給付制度」利用予定		□利用しない　☑利用する

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

いずれかに✓

※「健康状態について」欄は…かを確認するものです。…判定するものではありませ…れる場合は、医師の許可…を求めたり、入学後の学習等について相談のご連絡をする場合があります。

※選考	※実習	※科目免除	※卒割
合・…	有・一部・無	有・無	有・無

経 歴 書

１．学　歴（高校卒業から記入、養成校等も記入）	
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**
年　　月	
年　　月	

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

年は「和暦」で記載

２．職　歴（勤務先など。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	**介護老人保健施設◇◇苑**	**○○市**	**支援相談員**
令和◇年　○月～　△年　□月	**□□市　社会福祉協議会　（在職中）**	**□□市**	**福祉活動専門員**
年　月～　年　月	**以上**		
年　月～　年　月			
年　月～　年　月			
年　月～　年　月			
年　月～　年　月			
年　月～　年　月			
年　月～　年　月			

在職中・求職中・無職等も記載

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**
年　月	
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
必ず本人が記載する

令和　○年　×月　△日

（本人自署）氏名　**道都 太陽**

様式２

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【 課 題 作 文 】

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。

【 記 入 上 の 注 意 】

・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

裏面へ→

20

25

30

35

40

5 10 15 20

星槎道都大学　精神保健福祉士養成課程（一般）

採点者	評価

※この欄は記入しないで下さい。

精神一般

様式３－１

作成上の注意点
（申告者本人が記載）

実 務 経 験 証 明 書

令和　　年　　月　　日

記載日

星槎道都大学　学長　殿

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）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	
		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。

精神一般

作成上の注意点（勤務施設が記載）

様式３－２

実務経験証明書（個票）

事業所名も忘れずに記載すること

該当箇所を○
（　）内に年齢を記載

フリガナ			生年月日（年齢） 昭和・平成　年　月　日 （西暦　年） （　歳）
氏　名			
施設・機関・事業所名	（例）障害福祉サービス●●● 札幌西事業所○○○	（法人等名称）	（例）社会福祉法人　△△△会
職　種			施設，職種番号 （　，　）

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

募集要項内「P37 指定施設における相談援助業務（実務経験）について」記載の該当番号を記入

(1)か(2)いずれかに記載

（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。

年は「和暦」で記載

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）

（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。

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）

令和　年　月　日

記載日

所 在 地

施設・機関名

施設・機関代表者

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

※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すが、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。

様式３－３

作成上の注意点

精神一般

相談援助の実務経験申告書

本人記載

作成日	令和　　年　　月　　日

星槎道都大学　学長　殿

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（いずれかに☑）	□　常　勤
	□　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（該当する事項に☑、複数選択可）	□　①精神障害者の相談 □　②精神障害者に対する助言、指導 □　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 □　④精神障害者に対するその他の援助（その他＿＿＿＿＿＿＿＿） □　⑤援助を行うための関 （募集要項「P37 指定施設に　　し、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（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。

該当する事項全てにチェック

（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　　（Ａ４サイズ、様式自

勤務施設記載

＜　　する欄＞

ゴム印 可

証明権限を有する代表者の職印（個人の認印 不可）

　　て間違い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☑）

□　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〇を付し、「その他」については具体的な文書名を記入すること）。

・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

・その他（文書名：　　）

□　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。

□　申告者の精神保健福祉に関する相談援助の業務に従　　は、指定施設における業務の範囲等についての１から４に掲げる職種の　　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有　　むね４分の３以上である者を含む。）で従事した期間を通算して計算したものであること。

□　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。

業務の根拠となる定款、実施要項、条例等に〇を付すこと

（注）この申告書に不実・錯誤した内　　満たさない場合は、出願資格を認められない場合があります。ま　　なる場合があります。

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

様式４

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（一般）
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	※免除可否	科目名	科目免除希望	※免除可否
医学概論			精神医学と精神医療		
心理学と心理的支援			現代の精神保健の課題と支援		
社会学と社会システム			ソーシャルワークの基盤と専門職		
社会福祉の原理と政策			精神保健福祉の原理		
地域福祉と包括的支援体制			ソーシャルワークの理論と方法		
社会保障			ソーシャルワークの理論と方法（専門）		
障害者福祉			精神障害リハビリテーション		
権利擁護を支える法制度			精神保健福祉制度論		
刑事司法と福祉			ソーシャルワーク演習		
社会福祉調査の基礎			ソーシャルワーク演習（専門）		

※は学校処理欄です。

１．希望する科目にのみ〇印を記入して下さい。
２．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。
３．該当する科目が記載されている成績証明書を添付してください。
４．科目の読替の範囲については、裏面を参照して下さい。
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。

社会福祉士及び介護福祉士法第７条第１号に規定する社会福祉に関する科目等の読替の範囲について

社援発第 0328005 号 平成 20 年 3 月 28 日（最終改正）社援発 0709 第 14 号 令和 2 年 7 月 9 日

厚生労働省社会・援護局長

精神保健福祉士法第７条第１号に規定する精神障害者の保健及び福祉に関する科目等の読替の範囲について

障発 0805 第 5 号 平成 23 年 8 月 5 日（最終改正）障発 0104 第 1 号 令和 3 年 1 月 4 日

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部長

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」等が加わることにより、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
（＊）医学概論	医学一般、医学知識、人体の構造（・）機能（・）疾病、人体の構造と機能及び疾病
（＊）心理学と心理的支援	① 心理学、心理学理論と心理的支援
	② 臨床心理学及び発達心理学の2科目
（＊）社会学と社会システム	① 社会学、社会理論と社会システム
	② 家族社会学及び地域社会学の2科目
（＊）社会福祉の原理と政策	社会福祉、福祉政策、社会福祉政策、現代社会と福祉
（＊）地域福祉と包括的支援体制	① 地域福祉、地域福祉の理論と方法
	② 地域福祉及びコミュニティーワーク又はコミュニティーソーシャルワークのうちいずれか2科目
（＊）社会保障	社会保障制度、社会保障サービス
（＊）障害者福祉	障害者福祉制度、障害者福祉サービス、障害福祉、障害福祉制度、障害福祉サービス、障害児（・）者福祉、障害児（・）者福祉制度、障害児（・）者福祉サービス、障害者に対する支援と障害者自立支援制度
（＊）権利擁護を支える法制度	① 権利擁護と成年後見、権利擁護と成年後見制度
	② 権利擁護及び成年後見制度、成年後見、民法総則、民法総論のうちのいずれかの2科目
（＊）刑事司法と福祉	更生保護、更生保護制度、司法福祉
（＊）社会福祉調査の基礎	社会調査、社会福祉調査、社会調査の基礎
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
（＊）ソーシャルワークの基盤と専門職	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基盤と専門職、相談援助、相談援助の基盤と専門職
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	精神保健福祉援助演習、精神保健福祉援助演習（基礎）、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

様式６（※実習のある方のみ要提出）　　精神一般

実習についての同意書

実習科目を履修する方は、以下の事項を必ずご確認下さい。各項目についてご理解いただけましたらチェック欄に記入、「勤務先・ご家庭との調整について」は該当するものにチェック、**署名欄に自筆にて署名の上、出願書類とともに提出して下さい**。（以下の内容は実習にあたって重要な事項となります。）

【実習日数、期間・時期について】	ﾁｪｯｸ
実習に必要な時間数、内容等は法令により定められています。決められた実習時期、期間に実習を行う必要があります。また、実習の内容は定められた内容を満たす必要があります。	□
実習は原則として平日に連続して行います。土日祝日のみ、土日祝日を中心とした日程、長期にわたる分散日程での実習はできません。	□
日程は本人の希望と実習施設の受け入れ事情により調整しますが、社会情勢や施設の事情等で、希望の日程での実習が難しい場合があります。	□
【実習先について】	
実習施設および実習指導者の要件は、法令等で詳細に定められています。要件を満たし、本学と契約を交わした施設以外では実習はできません。身近な地域に施設があっても実習先にならないことがあることをご理解ください。	□
実習先は遠方になる可能性があります。また、遠方になり宿泊費等がかかる場合には、ご自身で負担していただきます。	□
実習先選定にあたっては、受講生の特性や状況を勘案し、社会情勢等を踏まえた上で決定します。	□
【実習の履修要件・単位認定等について】	
実習に行くためには、スクーリング、レポート学習および試験等の学習が順調である必要があります。正当な理由なく学習が滞っている場合には、実習に行くことができません。	□
実習指導のスクーリングに出席していることが必要です。	□
その他、本学において必要と判断した場合には、延期、中止、中断となることがあります。	□
治療中の病気があり主治医の許可が得られない場合や、妊娠中は実習に行くことはできません。	□
状況により、自身と実習指導者または指導担当教員と協議が必要となった際は、実習指導者または指導担当教員の意向等を尊重し、協議を行います。	□
実習中（事前・事後指導中を含む）は、実習指導者および指導担当教員の指示に従い、行動していただきます。	□
上記内容に相反した場合、実習の単位認定が認められない場合があります。	□

【勤務先・ご家庭との調整について】	
実習は平日に連続した期間で実施します。長期間の実習参加に向けて、休暇取得について、サポートについて等、入学前に予め勤務先やご家庭等のご理解を得ることが必要です。	
勤務先に実習中の休暇取得等についてご理解を得ていますか。	□はい　□いいえ　□相談している □その他（　　）
長期間の実習参加についてご家庭のご理解を得ていますか。	□はい　□いいえ　□相談している
（特に小さいお子様のいる方）ご家庭のサポートは得られますか。	□はい　□いいえ　□相談している

実習について、以上の内容を理解し同意の上、出願いたします。

令和　　年　　月　　日　　ご署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

様式５

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（一般）

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もありません。

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　　㊞