

# スクール(学校)ソーシャルワーク教育課程修了証 交付申請願

年 月 日

関西福祉大学長 殿

スクール(学校)ソーシャルワーク教育課程修了証を交付申請くださいますようお願いいたします。

在学時の学籍番号	(※不明の場合は記載不要)
氏 名	【旧姓：           】
住 所	【〒       —       】
連絡先電話番号	
メールアドレス	

※ 社会福祉士または精神保健福祉士の登録証の写しを忘れずに同封してください

※事務局記入欄	受付日：       /       /	発送日：       /       /
---------	----------------------	----------------------