

履 歴 書

写 真 貼 付

上半身無帽正面

タテ4cm×ヨコ3cm

3か月以内のもの

ふりがな			
氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
ふりがな			
現住所	〒 自宅電話： 携帯電話： メールアドレス（必須）：		
連 絡 先	〒 電話番号：		

(連絡先は、現住所以外に連絡を希望する場合に記入する。)

学 歴	学 校 ・ 学 部 (学 科) 名	所在地 (市町村名まで)	在 学 期 間
			入学 年 月 卒業 年 月
			入学 年 月 卒業 年 月
			入学 年 月 卒業 年 月
			入学 年 月 卒業 年 月
職 歴	勤 務 先 ・ 職 務 内 容	所在地 (市町村名まで)	在 職 期 間
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
			年 月 から 年 月 まで
免 許 ・ 資 格	資 格 ・ 免 許 名 称	交 付 機 関	取得 (見込) 年月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月

※ 受 験 番 号			
受験区分	福祉総合職員 (保健師・衛生管理者)	最終学歴	☐ 上級 (大 卒)
			☐ 中級 (短大卒)
			☐ 初級 (高 卒)

※は記入しないこと

(志望の動機)
(特 技 、好きな学科)
(アピールポイント)
(本人希望記入欄)