履　歴　書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな		男・女	写真を貼る位置 1、縦 4 cm 2、横 3 cm 3、単身胸から上
氏　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　才）		
ふりがな		TEL	
現住所	〒	携帯電話 FAX	
ふりがな		TEL	
連絡先	〒　　（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）	FAX	
試験区分	**理学療法士（回寿苑　令和2年度）**		

	学校・学部・科名	在　学　期　間	卒・卒業見込 中退の別
学　歴 最終学歴から順に中学校以上を記入すること。		年　月～　　年　月	
		年　月～　　年　月	
		年　月～　　年　月	
		年　月～　　年　月	
		年　月～　　年　月	
		年　月～　　年　月	

	会社・（官公庁）・部課名	在　職　期　間
職　歴 最終職歴から順に記入すること。 職歴にはアルバイトは含まない。		年　月～　　年　月
		年　月～　　年　月
		年　月～　　年　月
		年　月～　　年　月
		年　月～　　年　月
		年　月～　　年　月
		年　月～　　年　月

記入注意　1.　鉛筆以外の黒または青の筆記用具を記入すること
　　2.　数字はアラビア数字で、正確に書くこと

（公立八女総合病院企業団）

	資　格　等　の　名　称	取　得　年　月
資格等		年　月
		年　月
		年　月
		年　月
		年　月
		年　月

得意な学科			
特　　技			
スポーツ 趣　　味			
志望の動機			
健康状態			
その他	配偶者	配偶者の扶養義務	扶養家族数（配偶者を除く）
	有　・　無	有　・　無	人

私は、採用試験実施要項を確認し、受験資格を満たすので公立八女総合病院企業団職員採用試験に申し込みます。

また、健康状態について就労に支障がないこと、本書の内容が正確かつ真実であることを誓います。

令和　　年　　月　　日

氏　　名　　㊞

（職員採用試験用）