

履 歴 書 ・ 身 上 書					
年 月 日 記入					
氏 名・ 大学名・ 住 所	(ふりがな)				男
	氏 名				女
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	(歳)	
	大学名	大学	学部	学科・専攻	
	現住所	〒	TEL () -		
	メールアドレス				
	上記以外 の連絡先	〒	TEL () -		
	連絡先区分 (該当を○印)	自宅 ・ 実家 ・ その他 ()			
学 歴	入学年月日	卒業(見込)年月日	学校名 (高等学校～在学大学までご記入ください)	在学年数	
	年 月	年 月		年	
	年 月	年 月		年	
	年 月	年 月		年	
最終学歴の クラブ・サークル		(役職名 :)			
医 療 福 祉 関 係	資格種別	資格取得年月		備考	
		年 月 取得・取得見込			
		年 月 取得・取得見込			
併 願 状 況	☆民間企業、病院・施設等併願している方は上位3位まで記入して下さい。(当会を除く)				
	第一志望 () 第二志望 () 第三志望 ()				
	☆公務員試験について ※ 該当に○印をして下さい。				
	< 受験する・受験しない > 国家公務員 ・ 地方公務員 ・ 教 員 ・ その他 ()				

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm

※写真の裏には、
氏名・生年月日を
記入の上、糊付け
してください。

扶養家族数	配偶者の有無	配偶者の扶養義務
人	有・無	有・無

技 能 (資格・免許等)	・普通自動車免許(有・無・取得予定) TOEICまたはTOEFL(○印): 点(年)
趣 味・特 技	
ボランティア活動・ アルバイト経験等 (具体的に)	
自分の長所・短所を 踏まえた自己PR	
学生時代に 最も力を入れたこと	
志望の動機	

(注) 1. 記入は黒(インク・ボールペン)で本人自筆、又はエクセル入力のうえ印刷し押印して下さい。

2. 用紙は、A3版にて提出して下さい。

3. 連絡先は、本人の現住所以外で確実に連絡のとれる実家等を記載のこと。

4. 医療福祉関係資格欄には、令和5年3月末までに国家資格及び認定資格の取得または取得見込みの方は記載ください。

5. 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取消しすることがあります。

6. 記載日・学歴・資格取得日等の記載にあたっては西暦を使用して記載すること。