

薬剤師(有資格者)  
(様式1号)

秋田県厚生農業協同組合連合会

受験希望日 (○で囲むこと) 6月4日(土)・7月2日(土)

受験番号

履 歴 書 ・ 身 上 書				
年 月 日 記入				
氏 名 ・ 住 所	(ふりがな)		男	女
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
	現住所	〒	TEL ( ) -	
			携帯 - -	
	メールアドレス			
学 歴	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 ( )		
	入学年月日	卒業年月日	高等学校名～卒業大学までご記入ください。	在学年数
職 歴	年 月	年 月		年
	年 月	年 月		年
	年 月	年 月		年
趣 資 格	就職年月	退職年月	勤務先	職員・臨時 業務内容(具体的に)
	年 月	年 月		職 ・ 臨
	年 月	年 月		職 ・ 臨
得 意 科 目	趣味 サークル・スポーツ 等			
	免許・資格等	・普通自動車免許(有・無・取得予定)		
国 家 認 定 資 格 格	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		
		年 月 取得 ・ 取得見込		

(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 人 配偶者(有・無) 配偶者扶養義務(有・無)  
家族数

性 格	自己分析	以下の項目から、あてはまるものを選んでください。(選択は最大5つまで)	
	他者からの評価		
・自己PRをお願いします。			
・本会に就職を希望する理由を教えてください。また、病院薬剤師として目指すものは何ですか。			
秋田県厚生連病院の 配置希望病院	第1希望		
	第2希望		
	上記以外の病院での勤務は可能ですか	はい ・ いいえ	
・あなたの就職活動の状況を教えてください。			
併願先の有無： 有(病院 ・ 調剤薬局 ・ 製薬会社 ・ その他) ・ 無			
秋田県厚生連 志望順位	第( )希望	(理由)	

- (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ち印刷し押印して下さい。  
2. 用紙は、A3版印刷かA3拡大コピー後に記入をお願いします。  
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. 前職がある場合は、前勤務先の**職歴証明書を必ず添付**のこと。(本会所定様式あり)  
なお、当該資格免許で勤務した**全ての勤務先の証明書**を提出願います。

5. 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取り消すことがあります。  
6. 記載日・学歴・職歴・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。  
※この履歴書・身上書は当会の採用試験以外の目的では使用しません。