

地方独立行政法人公立甲賀病院 介護福祉士 採用試験

履 歷 書

(西歷) 年 月 日現在

腹 座 骨 (西曆) 年 月 日現在

ふりがな

氏 名

西曆 年 月 日生 滿(歲) 男・女

ふりがな

現住所	〒
-----	---

E-mail

ふりがな

連絡先	〒	(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)
-----	---	-----------------------

1. 縦 36～40mm
横 24～30mm
2. 胸から上(単身)
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

(自宅電話)

(携帯電話)

(連絡先電話)

年(西暦)	月	学歴・職歴(各別にまとめて書く)
年(西暦)	月	免許・資格（看護職に関するもの）
		看護師免許 取得済み ・ 取得予定
		助産師免許 取得済み ・ 取得予定
		保健師免許 取得済み ・ 取得予定

配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者の扶養義務	有 ・ 無
--------	-------	----------	-------