

ふりがな			
氏 名			
昭和・平成	年	月	日生（満 歳）※男・女

ふりがな		(電話)
現住所	〒	(携帯電話)
連絡先(実家)	〒	(電話)
メールアドレス		

学 歴	学 校 名	学部・学科名	在 学 期 間	修学年限	修学区分
	中学校		自:平成 年 月	3 年	卒 業
			至:平成 年 月		
			自:平成 年 月	年	卒・卒見・中退
			至:平成 年 月		
			自:平成 年 月	年	卒・卒見・中退
			至:平成 年 月		
			自:平成 年 月	年	卒・卒見・中退
			至:平成 年 月		

	勤務先(携わっていた業務内容)	在 職 期 間		雇用形態	所在地(市町村まで)	退 職 理 由
		自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		
職	()	自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		
	()	自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		
歴	()	自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		
	()	自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		
	()	自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		
	()	自:平成 年 月	至:平成 年 月	☐ 正社員 ☐ その他()		

資格・免許	名 称	取得年月日	名 称	取得年月日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日
		平成 年 月 日		平成 年 月 日

年	月	賞	罰

得意の学科				趣味・スポーツ・特技等				
健康状態		1 何か身体上の障害はありますか。 有 () ・ 無 2 過去に大きな病気をしたことがありますか。 有 () ・ 無 3 現在治療中の病気はありますか。 有 () ・ 無						
		※ 「有」の場合には、()内に具体的に記入してください。						
あなたが認める長所				あなたが認める短所				
家族	氏 名	年齢	続柄	職 業	氏 名	年齢	続柄	職 業
志望の動機								

申込書の記載事項は事実と相違ありません。

平成 年 月 日

申込者氏名

(本人自署)

記載上の注意	①鉛筆以外の黒の筆記具（インク又はボールペン）で書いてください。 ②数字は算用数字で、文字は楷書でていねいに書いてください。 ③記載事項に不正があるときは、採用資格を失うことがあります。
--------	--

※この資料は、雄武町職員(看護師)採用試験以外には使用しません。