

履 歴 書

年 月 日現在

写真(3cm×4cm)	フリガナ			※
	氏 名	(男・女)		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
	現 住 所	〒 TEL() -		
	連絡先 (上記以外に連絡を希望する場合のみ記入)	〒 TEL() -		

メールアドレス【記載必須】	@
---------------	---

学 歴	学 校・学 科 名	期 間	区 分
	中 学 校	昭・平 年 月 日	卒
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見
		年 月 日 ~ 年 月 日	卒・卒見

職 歴	勤 務 先 名	期 間	雇用形態
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非
		年 月 日 ~ 年 月 日	正・非

免 許 格	種 別	取得年月日	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 取得見込

通勤時間	約 時間 分	扶養家族 (配偶者を除く)	人	配偶者	有 無	配偶者の 扶養義務	有 無
------	--------	------------------	---	-----	-----	--------------	-----

今回の募集を何処でお知りになりましたか？	市報・ホームページ・知人友人から ハローワーク・その他()
----------------------	--------------------------------

勤務開始可能日	_____年_____月_____日から
---------	----------------------

(注)※欄は記入しないで下さい。

臨床検査技師 非・代替