

令和5年度 幌加内町職員採用資格選考試験 履歴書

※受験番号		※添付書類 <input type="checkbox"/> 保健師免許(写) <input type="checkbox"/> 作文	
職 種	<input checked="" type="checkbox"/> 保 健 師	試 験 区 分	
フリガナ		生年月日と年齢	
氏 名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和 年 月 日生 平成 (歳)	
フリガナ		本 籍 地	
現 住 所		都 道 府 県	
〒□□□-□□□□ 電話 () -			
フリガナ			
連 絡 先 (現住所へ連絡が通じない(不在時等)場合の連絡先を記入して下さい。)			
〒□□□-□□□□ 電話 () -			
学 歴 (最終学歴から順次下欄へ記入してください)			
学 校 名	学 部	学 科	専 攻
期 間	卒 業 等 の 区 分		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 卒業・終了 <input type="checkbox"/> 卒業・終了見込み		
年 月 日	<input type="checkbox"/> 在 学 中 <input type="checkbox"/> 中 退		
その前	年 月 日 卒業・終了		
その前	年 月 日 卒業・終了		
その前	年 月 日 卒業・終了		
その前	年 月 日 卒業・終了		
職 歴 (今までの一切の職歴を最終勤務から順次下欄へ記入してください。自営業を含みます。 <input type="checkbox"/> 就職したことがない)			
勤 務 先	所 在 地	在 職 期 間	職 務 内 容
退 職 理 由			
現 在 (最終)	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
	部 課	電話 () -	年 月 日から 年 月 日まで
※職歴が不足する場合は、任意様式に記入の上、提出願います。			
家 庭 の 状 況			
扶養家族数(配偶者を除く)	配 偶 者	配 偶 者 の 扶 養 義 務	
人	有 ・ 無	有 ・ 無	

免 許 ・ 資 格			
取 得 年 月	名 称	取 得 年 月	名 称
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
これまでに取り組んだ活動・体験について記入してください			
①学業や職務において			
②社会的活動や学生生活において(アルバイトを含む)			
最近 関 心 を 持 っ た 事 柄		趣 味 ・ 特 技	
志 望 動 機		自 分 の 長 所 ・ 短 所	
私は、日本国籍を有するとともに地方公務員法第16条各号のいずれの規定にも該当しておりません。 また、この履歴書のすべての記載事項に相違ありません。 (日付、氏名とも必ず記入してください。記載が無い場合は受理できません。)			
令 和 年 月 日		氏名(自筆) _____	

(記載上の注意)

- 1 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。
- 2 ※印の欄以外は、自筆でもれなく記入してください。
- 3 □欄には、該当する場合にレ印を記入してください。
- 4 記入は全てインクかボールペンをを用い、かい書でていねいに書いてください。
- 5 数字は算用数字を用いてください。