

(様式 2 - 1)

履 歴 書

(ふりがな) 氏 名 (自署)			
	昭和・平成 年 月 日 満 歳		男・女
(ふりがな) 現 住 所	(〒 -)		電 話 ()
			携帯電話 ()
(ふりがな) 連 絡 先 (現住所以外に 受付票等の送付 を希望する場 合に記入)	(〒 -)		電 話 ()
			携帯電話 ()
学 歴 (高等学校卒業から入学・卒業・卒業見込・中退等記入)			
年 月	学校名	学部学科名	入 学 ・ 卒 業 (見込) 等
昭・平・令 年 月			
昭・平・令 年 月			
昭・平・令 年 月			
昭・平・令 年 月			
昭・平・令 年 月			
昭・平・令 年 月			
昭・平・令 年 月			

(写真貼付欄)

縦 4 cm × 横 3 cm
・ 申込日前 3 か月以内
に撮影したもの
・ 正面、上半身、脱
帽、無背景で本人であ
ることが識別できるも
の
・ カラー、白黒いずれ
も可

職 歴 (今までの職歴をすべて記入)				
勤務先 (部課名まで)	職務内容	所在地 (番地まで)	在職期間	退職理由
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
			年 月～ 年 月	
資 格 ・ 免 許				
名 称	取得 (見込) 年月日	備考 (取得見込の場合その旨)		
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
得意な学科		得意なスポーツ		
参加しているサークルやクラブ活動				
自覚している性格				
趣味・特技				
志望の動機				
現在の健康状態 (□はレ印をつける。)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不健康 <input type="checkbox"/> 不健康 既往病名又は症状 _____ 発病した時期 _____			