

(令和7年8月9日採用試験用)

履 歴 書

年 月 日 申込

職種	看護師・薬剤師・理学療法士・言語聴覚士・診療放射線技師・診療情報管理士・医療情報技師					
氏 名・住所	ふりがな				性 別	
	氏 名				男・女	
	生年月日	年 月 日生 (歳)				
	現 住 所	〒			Tel	
	上 記 以 外 の 連 絡 先 (実家等)	〒			Tel	
学 歴	1	高等学校 科			卒 業	年 月
	2				入 学	年 月
					卒業(見込)	年 月
	3				入 学	年 月
					卒業(見込)	年 月
4				入 学	年 月	
					卒業(見込)	年 月
職 歴	勤 務 年 月		勤 務 先		職員・臨時	業務内容 (具体的に)
	年 月				職・臨	
	年 月				職・臨	
	年 月				職・臨	
	年 月				職・臨	
	年 月				職・臨	
国家資格・認定資格	資 格 種 別		資 格 取 得 年 月			備 考
			年 月 取得・取得見込			
			年 月 取得・取得見込			
			年 月 取得・取得見込			
			年 月 取得・取得見込			

写 真

(40 × 30)

申込前3ヶ月以内に
撮影、無帽、上半身
正面を撮ったもの

私は、地方公務員法第16条に規定する欠格条項に該当しておりません。

以上の記載事項は、事実と相違ありません。

年 月 日

氏 名 _____

		受験番号		—	
志望の動機					
志 望 す る 分 野			そ の 理 由		
第 1 志 望					
第 2 志 望					
第 3 志 望					
自覚する長所					
自覚する短所					
運動・趣味・特技					
ボランティア活動・アルバイト経験等（具体的に）					
健康状態					
扶養家族数		人	配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者の扶養義務
					有 ・ 無

《添付書類》

1. 応募職種の免許証又は認定証の写

- (注)
1. 記入は本人自筆のこと。黒インク又は黒ボールペンで記入のこと。

2. 見開き A 3 版の大きさと提出のこと。

3. 履歴書の記載内容に著しく相違がある場合は、採用を取り消すことがあります。