

受 験 申 込 書

(履歴書)

令和 年 月 日 現在

写 真

縦 36mm~40mm

横 24mm~30mm

本人単身胸から上

写真の裏面に氏名

を記載の上貼付

職種： 一般事務（医療ソーシャルワーカー）（任期付正職員）

ふりがな

性別

氏 名

男 ・ 女

生年月日

昭和・平成

年

月

日

年齢

満

歳

ふりがな

電話

()

住 所

〒

携帯電話：

E-Mail：

※ どちらも必ず記入してください

ふりがな

上記以外の連絡先・帰省先

〒

電話

()

(

方呼出)

学 歴	年 月 日	学校名（学部・学科等名）		卒業・見込・修了等
	自 至	中学校		
	自 至	高等学校		
	自 至			
	自 至			
	自 至			
	自 至			
	免 許 ・ 資 格 ・ 特 殊 技 能 等	取得又は合格年月日	免許・資格・特殊技能等・他	
・				
・				
・				
・				
・				
・				
・				
家 族	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	

※大学等については学部、学科まで記載してください。

職務経歴書（無職や在学中のアルバイトの期間を含めて記載してください）

①	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等
②	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等
③	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等
④	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等
⑤	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等
⑥	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等
⑦	在職年月日 年 月 日 ～ 年 月 日（在職期間： 年 ヶ月）	勤務先名称
	在職期間中の所属部署及び職務内容（具体的に）	職員区分 正規職員 ・ その他（ ）
	（医療相談業務への従事 あり ・ なし）	退職理由等

◎ 本学の採用情報をどのように知りましたか。該当するものに○印をつけてください。（複数可）

- | | |
|-------------------------|----------|
| ・ 本学ホームページ | ・ ハローワーク |
| ・ 日本医療ソーシャルワーカー協会ホームページ | ・ その他（ ） |

※ 記載欄が不足している場合は、上記の内容について、別葉にて記載してください。