

履 歷 書

写真
(約4cm×3cm)
撮影後3ヵ月以内
無背景

ふりがな		写真 (75×60mm) 撮影後3ヵ月以内 無背景
氏 名		
昭和・平成	年 月 日生(満 歳)	※性別
ふりがな		
現住所 〒		
TEL ()		携帯電話 ()
上記以外の連絡先などがあれば記入		
TEL ()		

[illegible]

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

年	月	日	免 許 ・ 資 格 等 の 取 得 状 況
			普通自動車運転免許
			保健師
			看護師
			社会福祉士
			精神保健福祉士
			簿記 級
			介護福祉士

志望の動機（希望する職種に○：総合職、保健師・看護師、社会福祉士、サービス提供責任者）		
趣味・スポーツ・特技など		
本人希望記入欄（特に給料、職種、勤務時間、勤務地、その他についての希望などがあれば記入）		
扶養家族数(配偶者を除く) 人	配偶者 ※ 有 ・ 無	配偶者の扶養義務 ※ 有 ・ 無
特記事項	通勤時間 約 時間 分	交通機関

※採用後、北見市又は近郊に転入する予定で、新住所が未定の場合は通勤時間・交通機関は未記載可。

※お申し込みいただいた方の個人情報 は 本件に関する目的以外には使用いたしません。