

受験区分 ※該当区分に○印 をしてください。	
☐	上級社会福祉職
☐	上級保健師
☐	上級事務職(障がいのある方)

履 歴 書 ・ 身 上 書

令和 年 月 日現在

ふりがな		性別	の り づ け 写真をはる位置 〔 たて35～40mm 程度 よこ25～35mm 〕
氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
国籍			
ふりがな			
現住所	-		電話() -
ふりがな			
連絡先	-		電話() -

(連絡先欄は現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)

履 歴	学 歴	平成 令和	年	月	日	中学校卒業
		平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
	そ の 他 の 経 歴	平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
		平成 令和	年	月	日	
平成 令和		年	月	日		

(その他の経歴には留学歴・アルバイト歴・職歴等について記入してください。)

氏名: _____

資格・免許	資格取得年月	資格等の名称
趣味・特技		
スポーツ・文化活動、		
志望の動機		

備考	
----	--