

履 歴 書

(1/2) No _____

(上士幌町保健師採用試験申込書)

令和 年 月 日現在

写 真
縦 36mm～40mm
横 24mm～30mm

ふりがな	
氏 名	印
※ 昭和 年 月 日生 (満 才) 平成	

ふりがな	電話
現住所 ☎(-)	- -
	携帯電話
	- -
メールアドレス	
ふりがな	電話
連絡先 ☎(-) (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	- -

年	月	学 歴 ・ 職 歴 (各 別 に ま と め て 書 く)
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		
平・令		

- 記入注意
- ①記入は自筆により、黒インクまたはボールペンを用いて丁寧に記入してください。
 - ②※印のところは、該当するものを○で囲んでください。
 - ③1次試験の案内に必要となるため、メールアドレスは必ず記入願います。
 - ④連絡先の電話は、本町から連絡が受け取れるよう、設定の確認をお願いします。
 - ⑤記載事項に不正があると、採用される資格を失います。

履歴書 (2/2)

年	月	免 許 ・ 資 格

特技
趣味
スポーツ・部活動等
備考欄

上士幌町を志望した理由など			
通勤時間 約 時間 分	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

※通勤時間欄は、上士幌町内の居住地が決まっていない場合は記入不要です。

この履歴書(申込書)のすべての記載事項に相違ありません。
令和 年 月 日
氏名(自筆)