

様式1号

志望職種

JA秋田厚生連  
(秋田県厚生農業協同組合連合会)

受験番号

平成 年 月 日 記入

履歴書・身上書

(写真貼付欄)  
縦4cm×横3cm  
※写真の裏に、氏名・生  
年月日を記入の上、糊  
付けしてください。

氏名	ふりがな				男 女
	氏名	①			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生( 歳)			
	現住所	〒 -	Tel ( ) -	-	携帯 - -
住所	休暇中又は 帰省中連絡先	〒 -	Tel ( ) -		
	連絡先区分 (該当を○印)	自宅・実家・その他( )			
学歴	入学年月	卒業(見込)年月	学校名(高等学校から最終学歴まで)	在学年数	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月	高等学校 科	年	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		年	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		年	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		年	
職歴	就職年月	退職年月	勤務先	職員・臨時	業務内容(具体的に)
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		職・臨	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		職・臨	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		職・臨	
	昭和 平成 年 月	昭和 平成 年 月		職・臨	
国家 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			

扶養家族数	配偶者の有無	配偶者の扶養義務
人	有・無	有・無

技能 (資格・免許等)		
趣味・特技 サークル・スポーツ等		
ボランティア活動・ アルバイト経験等 (具体的に)		
自分の長所		
自分の短所		
志望の動機		
JA秋田厚生連の 配置希望病院	第1希望	
	第2希望	
上記以外の病院勤務は可能ですか。		はい・いいえ
進学予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> その他( )	
進学予定 学校名	1.	2.

- (注) 1. 記入は**本人自筆及び黒インク又は黒ボールペン**を使用、□の該当欄には、✓を記入のこと。  
2. ホームページからダウンロードした場合は、**A3版印刷かA3拡大コピー後**に記入のこと。  
3. 連絡先は、本人の現住所以外で確実に連絡のとれる実家等を記載のこと。  
4. 国家資格・認定資格欄は志望職種の国家資格および認定資格について記載ください。  
(例:助産師志望は、助産師・看護師免許について、看護師志望は看護師免許の取得について記載)  
5. 就職試験の他に、進学希望により受験予定の方は進学予定学校名を記入ください。  
6. 履歴書・身上書の記載内容に著しく相違がある場合は、採用を取消しすることがあります。