

薬剤師(有資格者)
(様式1号)

秋田県厚生農業協同組合連合会

受験番号

履歴書・身上書

年 月 日 記入

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm

※ 写真の裏には、
氏名・生年月日を
記入の上、糊付け
してください。

氏名・住所	(ふりがな)				男
	氏名	Ⓜ			女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)			
	現住所	〒	Tel () -	携帯 - -	
	上記以外の連絡先	〒	Tel () -		
連絡先区分 (該当を○印)	自宅 ・ 実家 ・ その他 ()				
学歴	入学年月日	卒業年月日	高等学校名～卒業大学までご記入ください。	在学年数	
	年 月	年 月		年	
	年 月	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)
	年 月	年 月		職・臨	
	年 月	年 月		職・臨	
趣資格	趣味 サークル・スポーツ等				
	免許・資格等	・普通自動車免許(有・無・取得予定)			
研究 得意科目					
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			

(注) 1. 記入は本人自筆のこと。黒インク又は黒ボールペン記入にて、楷書体で明瞭に記載下さい。

2. 用紙は、A3版印刷かA3拡大コピー後に記入をお願いします。

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. 前職がある場合は、前勤務先の**職歴証明書を必ず添付**のこと。(本会所定様式あり)

なお、当該資格免許で勤務した**全ての勤務先の証明書**を提出願います。

扶養 家族数	人	配偶者(有・無)	配偶者 扶養義務(有・無)
-----------	---	----------	------------------

性 格	自己分析	以下の項目から、あてはまるものを選んでください。(選択は最大5つまで)	
	他者からの評価	□リーダーシップがある。□活動的である。□誰とも積極的に話ができる。 □協調性がある。□決めたことは努力しやり遂げることができる。 □物事に柔軟に対応できる。□新しい事に良く取組む。□決断力がある。 □その他()	
・自己PRをお願いします。			
・本会に就職を希望する理由を教えてください。また、病院薬剤師として目指すものは何ですか。			
秋田県厚生連病院の 配置希望病院		第1希望	
		第2希望	
		上記以外の病院での勤務は可能ですか	はい ・ いいえ
・あなたの就職活動の状況を教えてください。			
併願先の有無： 有(病院 ・ 調剤薬局 ・ 製薬会社 ・ その他) ・ 無			
秋田県厚生連 志望順位	第()希望	(理由)	

5. 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取り消しすることがあります。

6. 記載日・学歴・職歴・資格取得日等の記載にあたっては西暦を使用して記載すること。

※この履歴書・身上書は当会の採用試験以外の目的では使用しません。