

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

履 歴 書 ・ 身 上 書
平成 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)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	(印)			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)
	現住所	〒 () -			Tel () -
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 ()			
	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
学歴	平成 年 月	平成 年 月			年
	平成 年 月	平成 年 月			年
	平成 年 月	平成 年 月			年
職歴	勤務年月		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 味 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 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			

受験希望日(○で囲むこと) 5月24日 ・ 8月9日

受験番号 —

扶 養 配 偶 者 配 偶 者
家 族 数 人 (有 ・ 無) 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)	
		<input type="checkbox"/> リーダーシップがある。 <input type="checkbox"/> 活動的である。 <input type="checkbox"/> 誰とでも積極的に話ができる。 <input type="checkbox"/> 協調性がある。 <input type="checkbox"/> 決めたことは努力しやり遂げることができる。 <input type="checkbox"/> 物事に柔軟に対応できる。 <input type="checkbox"/> 新しい事に良く取組む。 <input type="checkbox"/> 決断力がある。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
他者からの評価			
・自己PRをお願いします。			
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)	

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。

※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。

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