

薬剤師(新卒)
(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 女
	氏名	Ⓜ			
	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 ()				
学歴	入学年月日	卒業(見込)年月日	学校名 (高等学校～在学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	
	年 月	年 月		年	
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)			
研究テーマ 得意科目					
国 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			
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					

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

・自己PRをお願いします。		
・薬学6年制度の教育は、あなたにとって何が強みになると思いますか。		
・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。		
・実務実習について差し支えなければ実習先を記載下さい。		
病 院 :	() 調剤薬局 : ()	
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)	

- (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. 履歴書・身上書の記載内容に虚偽の記載がある場合は、採用を取り消すことがあります。
 5. 記載日・学歴・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。