

薬剤師(新卒)
(様式1号)

秋田県厚生農業協同組合連合会

履歴書・身上書

年 月 日 記入

氏名・住所

(ふりがな)

氏 名

生年月日

現住所

メールアドレス

上記以外の連絡先

連絡先区分
(該当を○印)

男

女

昭和・平成 年 月 日生 (歳)

Tel

携帯

() -

- -

() -

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 月

年 月

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

性 格

自己分析

他者からの評価

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)

☐リーダーシップがある。

☐活動的である。

☐誰とで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 ()

(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。

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. 記入は黒 (インク・ボールペン) で本人自筆、又はエクセル入力のうち印刷し押印して下さい。
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、採用を取り消しすることがあります。
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。