

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									
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	—	—	
	メールアドレス								
	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		
	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			
	年 月	年 月				職 ・ 臨			
趣 資 味 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 家 定 資 格 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						

(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)
------------	---	---------------	-----------------------

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)	
		☐ 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。	
	他者からの評価	☐ 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。

(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え印刷し押印して下さい。

2. 用紙は、A 3 版印刷かA 3 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。