

希望職種		奨学金の種類	卒業予定年月	奨学生番号
		一般 特別・増額・入学金	令和 年 3 月	—

※ 太線枠内は記入しないで下さい。

履 歴 書 ・ 自 己 紹 介 書				
年 月 日 記入				
氏 名 ・ 住 所	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男	女
	現住所	〒	TEL () -	携帯 - -
	メールアドレス			
	休暇中又は 帰省中連絡先	〒	TEL () -	携帯 - -
上記連絡先区分 (該当を○印)	自宅 ・ 実家 ・ その他 ()			
学 歴	種類	年 月	学校名または勤務先	
	中学校	入 学	年 月	
		卒 業	年 月	
	高等学校	入 学	年 月	
		卒業(見込)	年 月	
		入 学	年 月	
卒業(見込)		年 月		
在 進 学 校 先 又 は	<input type="checkbox"/> 大 学 <input type="checkbox"/> 短 大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> その他	入 学 年 月 卒業(見込) 年 月	*在学中の方は、 学校名(学科・専攻)学年 を記載ください。 *進学予定の方は、受験予定の 学校名を略称 で記載ください。	
職 歴		採 用 年 月		
		退 職 年 月		
		採 用 年 月		
		退 職 年 月		
志 望 の 動 機				

- 注記1) 希望職種については、当会の奨学金を受けて取得予定の職種を記入下さい。(医師・薬剤師・助産師・看護師)
2) 志望の動機については、希望職種を志望した動機について書いてください。
3) 資格取得後の勤務希望病院については、原則は希望を優先します。但し、その年度において希望する病院の必要人数等により相談させていただく場合があります。
4) 太線枠内〔奨学生の種類・卒業予定年月・NO.〕は記入しないでください。
5) 訂正箇所は二重線及び訂正印を捺印ください。(修正液等の使用は避けてください。)
6) 該当する項目を選び、☑を記入してください。
7) ホームページからダウンロードした場合は、**A 3版印刷**か**A 3拡大コピー**後に記入してください。

受験番号

JA秋田厚生連
(秋田県厚生農業協同組合連合会)

免 許 ・ 資 格	取得年月日	免 許 ・ 資 格 の 種 別		
自 己 P R				
得意な科目 研究課題等 (学位論文など)				
学業以外で力を注いだこと ・スポーツ、文化活動 ・サークル ・ボランティア 等々				
他の奨学金との併用	<input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 有 名 称 ()			
資格取得後の 勤務希望病院	第 1 希 望			
	第 2 希 望			
	第 3 希 望			
	採用年度における各病院の状況により、必要とする病院への配置となります。			
家 族 構 成	氏 名	年 齢	続 柄	勤務先又は職業

※ 別居されている父母・兄弟・姉妹も書いて下さい。