

病院名	
-----	--

(西暦) 年 月 日 記入

JA秋田厚生連
(秋田県厚生農業協同組合連合会)

(写真貼付欄)
縦4cm×横3cm
※写真の裏に、氏名・生
年月日を記入の上、糊
付けしてください。

履 歴 書 ・ 身 上 書					
氏 名	ふりがな				男
	氏 名				
	生年月日	(西暦) 年 月 日生(歳)			
住 所	現住所	〒 -	TEL () -		
	携帯		- -		
所	休暇中又は 帰省中連絡先	〒 -	TEL () -		
	連絡先区分 (該当を○印)	自宅・実家・その他()			
学 歴	入学年月	卒業(見込)年月	学校名(高等学校から最終学歴まで)	在学年数	
	年 月	年 月	高等学校 科	年	
	年 月	年 月		年	
	年 月	年 月		年	
最終学歴の部活・サークル					
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		
国 家 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			
		年 月 取得・取得見込			

(注)

- ※ 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。
- ※ 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。
- ※ 用紙は、A3印刷かA3拡大コピー後に記載をお願いします。

受験希望日	第一希望 月 日	第二希望 月 日	第三希望 月 日
-------	-------------	-------------	-------------

志望動機			
自己PR			
技 能 (資格・免許等)	・普通自動車免許 (有・無・取得予定)		
趣味・特技			
健康状態 (既往歴を含む)			
現在貸与中の 医師修学資金/奨学金	<input type="checkbox"/> 無	名称	
	<input type="checkbox"/> 有		
マッチング登録 ID番号			