

(別添1)

試験職種	獣医師、福祉、保健師、薬剤師 (育休代替任期付職員)
受験番号	※記入不要
氏名	

履歴書

令和 年 月 日現在

カラー写真

- ・40mm×30mm
- ・単身で胸から上
- ・300dpi以上のデータ可

ふりがな		
氏名		
昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	男・女	
(年齢は令和7年4月1日現在で記入)		

ふりがな	電話 ()
現住所 〒(-)	携帯 ()
メールアドレス	
ふりがな	電話 ()
連絡先 〒(-) (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)	携帯 ()

志望動機(200字以上400字以内で記入してください。)

パソコン操作

*あなたのパソコン操作能力について該当する番号を○で囲んでください(複数選択可)。
特に補足したいことがある場合には備考欄に記入してください。

- 1 ワープロソフト(ワードなど)で文書の作成ができる。
- 2 ワープロソフトで図や表の入った文書を作成できる。
- 3 表計算ソフト(エクセルなど)で集計表の作成ができる。
- 4 表計算ソフトで関数やマクロを使用した集計表の作成ができる。
- 5 上記1~4いずれの操作もできない。

備考	
----	--

氏名	
----	--

特技・資格

年代順に記入してください。

(その他希望などがあれば記入)