

(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字以内に記入してください。)

--

### 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 ワードプロソフト(ワードなど)で文書の作成ができる。
- 2 ワード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	月	学歴
		* 記入欄が不足する場合は、適宜コピーするなどして追加すること * 学歴は中学校以上について記入のこと(中学校は卒業についてのみ記入)

年代順に記入してください。

本人希望欄	(その他希望などがあれば記入)
-------	-----------------