

社会福祉法人 気仙沼市社会福祉協議会履歴書

希望職種 (○で囲む)	1. 社会福祉士 2. 看護師 3. 保育士 4. 介護支援専門員 5. サービス責任管理者
----------------	--

※複数の資格をお持ちの方は、併願ができます。

						番号
氏 名	ふりがな		性別	生 年 月 日	年齢	(6ヶ月以内に撮影したもの)
	姓	名		年 月 日		
現 住 所	〒					
自 宅 電 話						
携 帯 電 話						
勤務先(勤務中の場合) 〒						
勤務先電話						
履歴(中学校卒業から職歴を含む現在まで) ※和暦で記入						
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				
年 月 ～		年 月				

(特技)	(スポーツ・趣味)
(性格)	(健康状態)
普通自動車免許取得月日 年 月 運転経験歴 年 月	
志望の理由	
資格等(取得月日)	
	(有 ・ 無) 年 月
	(有 ・ 無) 年 月
	(有 ・ 無) 年 月
	(有 ・ 無) 年 月
	(有 ・ 無) 年 月
	(有 ・ 無) 年 月
	(有 ・ 無) 年 月
以上相違ありません。 令和 年 月 日 社会福祉法人 気仙沼市社会福祉協議会長 殿 記入者氏名 印	
受 付	
	受付時間
	取扱者印

※記入欄が不足する場合、別紙記入の上提出いただいて構いません。(任意様式)