

社会福祉法人 日高川町社会福祉協議会

履 歴 書

令和 年 月 日現在

写真を貼って下さい
縦 40mm
横 30mm
(無帽・正面・上半身)
3ヶ月以内撮影のもの

氏 名	ふりがな		性別		
生年月日	平成 年 月 日生 (満 才)				
現住所	ふりがな				
	〒				
電話番号			FAX番号		
携帯電話等			メールアドレス	@	
学 歴	年	月	(学歴は高等学校入学から記入)		学部・学科名
職 歴	期 間		勤務先名 (正規・非正規の別、及び所在地)		職務内容
	年	月	日		
	～	年	月	日	
	年	月	日		
	～	年	月	日	
	年	月	日		
	～	年	月	日	
	年	月	日		
～	年	月	日		

※職歴については、法人名及び名称を記入 (例 ○○法人○○会特別養護老人ホーム○○)

資格・免許等の名称	取得（見込）年月
普通自動車運転免許	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
	年 月 取得・見込
志望の動機	
自己PR	
趣味・特技・好きな学科など	
本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他について希望などがあれば記入）	