

※写真を貼ってください 1 縦 36-40mm 横 24-30mm 2 胸上無背景	試験職種	希望試験日及び会場	氏名
	保健師	試験日 年 月 日	(ふりがな)
		会場	性別
		※希望する試験日 及び試験会場を記載	男 ・ 女
現住所 〒 -			生年月日
電話番号 自宅・携帯 ()			年 月 日 (歳)
連絡先 (帰省先等上記以外に連絡先がある場合は記入してください)			
電話番号 自宅・携帯 ()			

■ 経歴・職歴（中学校卒業後の経歴等を空白期間が生じないように記入してください。無職の場合は無職と記入）

学校名・勤務先名等	学部・職務内容等	始 期	終期（見込）
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日

年	月	免許・取得	〈趣味、特技、好きな学科〉		
			扶養家族数 (配偶者除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
			人	有 ・ 無	有 ・ 無
〈健康状態・既往歴〉（いずれかにレを記入） <input type="checkbox"/> 特に大きな病気をしたことはない <input type="checkbox"/> 持病又は現在治療中の病気がある（病名： ） <input type="checkbox"/> （1ヶ月以上の）病気をしたことがある（下にその内容を記入してください。 （病名： 時期： 年 月～ 年 月）					
〈希望事項等が特にあれば記入願います。〉					

試験職種	希望試験日及び会場	氏名
保健師	試験日 年 月 日 会場	(ふりがな)

■ 志望理由

■ 自己PR