履 歴 書　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 現在

写真貼付欄

縦30mm～40mm

横20mm～30mm

程度で貼り付け

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏　　名 |
| 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳） |
| ふりがな | 電話 |
| 現住所　〒 | 携帯 |
| FAX |
| ふりがな | 電話 |
| 連絡先　〒現住所以外に連絡先を必要とする場合のみ | 携帯 |
| FAX |
| E-mail：　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴（各部にまとめて書く） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※記入上の注意）：1,原則として修正液の使用はNG。2,数字はアラビア数字で正確に記入。3,※印のある部分に関しては、該当するものを○で囲む。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 免許・資格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 障がいの詳細について（手帳の有無は合否判定に影響しません） | 病名など： |
| 手帳の有無　　あり　・　　なし　 | ＊分類：精神・知的・身体 | 等級： |
| 通院状況 |
| 協力支援機関 |
| 必要な配慮 |

|  |
| --- |
| 本人希望記入欄　（給与、職種、勤務時間、必要な配慮、その他について希望などあれば記入） |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通勤時間 | 扶養家族数（配偶者除く） | 配偶者 | 配偶者の扶養義務 |
| 約　　　　時間　　　　分 | 人　　　　 | ※　有・無　 | ※　　　有・無 |