

(写真欄)
写真は、受験日前3
か月以内に帽子を
つけないで正面か
ら上半身を写し
た、縦4cm横3cmの
ものを貼ってくだ
さい。
写真の裏面に氏
名を記載してくだ
さい。

職 種	(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日
保健師 作業療法士 理学療法士		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生 令和4年4月1日現在 満 歳

※職種は、いずれかを○で囲んでください。

現 住 所	□ □ □ - □ □ □ □			電話・メールアドレス	
	方 (下宿等の場合は必ず記入してください。)			固定	
				携帯	
			メールアドレス		呼出 () 方
連 絡 先	□ □ □ - □ □ □ □			電話・メールアドレス	
	(現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。)			固定	
				携帯	
			メールアドレス		呼出 () 方
学 歴 (高等学校を含め、それ以降在籍していた学校はすべて記載してください。)					
学 校 名	学部学科名	所 在 地	期 間	年 限 等	
(最終学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒見・卒業・中退 年在学中	
(その前の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒業・中退	
(その前の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒業・中退	
(その前の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒業・中退	
(その前の学校)		(市町村名まで)	年 月から 年 月まで	卒業・中退	
職 歴 (今までの職歴をすべて記入してください。)					
勤 務 先	職務内容	所在地 (市町村名まで)	期 間 (年月～年月)		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		
			年 月から 年 月まで		

(裏面に続く)

資格・免許	
取得（見込）年月日	資格・免許の名称
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
志望の動機	
社会活動・クラブ活動	特技、アピールポイントなど
自己の性格	就職活動状況
	当協会以外の就職活動の有無 有・無 当協会の優先順位 _____ 位
	当協会の採用情報の入手先（該当に○。複数可）
	1. HP（検索ワード： _____ ） 2. マイナビ 3. 新聞 4. 学校 5. ハローワーク 6. 協会事業所 7. その他（ _____ ）
現在の健康状態 （□は✓印をつける。）	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不健康 <input type="checkbox"/> 不健康 既往病名又は症状 _____ 発病した時期 _____
入院歴・半年以上罹患した 病歴 （□は✓印をつける。）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ _____
上記事項は事実と相違ありません。	
令和 年 月 日 氏名 ⑩	
※ 受付月日	
※ 受験番号	

注) 1 ※の欄は記入不要です。 2 期日・期間については和暦で記入してください。