応募職種	＊ 作業療法士	整理番号	※記入不要
応募職種の免許の有無	＊ 有(免許所有)		

履 歴 書 ・ 自 己 紹 介 書

令和　　年　　月　　日現在

写真貼付

1. 縦40㎜
2. 横30㎜
3. 本人単身、胸から上
4. 脱帽

ふりがな		性　別
氏　　名		
生年月日	＊ 昭和・平成　　年　　月　　日生　　(満　　歳)	

現住所	〒 最寄り駅(　　)	電話番号 携帯
メールアドレス		日中連絡が取れる連絡先
上記以外の連絡先(実家等)	〒 最寄り駅(　　)	電話番号

年　月	学　　歴　(卒業学校名・学部・学科等〔高等学校卒業より記入〕)
実習施設名	

就職年月	退職年月	職　　歴

取得年月	免　許　・　資　格	取得年月	免　許　・　資　格

氏　名	

■研究課題または得意な科目

■趣味・スポーツ

■専門とする職業に対する考え方

■志望の動機

■本人ＰＲ記入欄

■健康の状況（現在の状況）

■就職が可能な時期について

令和　　年　　月より可能

■扶養家族（配偶者を除く）：　　名

■配偶者　：　＊　有　・　無

■配偶者の扶養義務　：　＊有　・　無

■就職を希望する地域について

選考結果により名簿登載者を決定し、名簿順に管内病院に採用されることになりますが、やむを得ない事情がある場合は該当する項目の□にチェックし、その理由を記載してください。

□特定の地域を希望（複数選択可・優先順位順に【　】内に数字を記入すること）

【　】茨城県　【　】栃木県　【　】群馬県　【　】埼玉県　【　】千葉県

【　】東京都　【　】神奈川県　【　】新潟県　【　】山梨県　【　】長野県

□特定の病院を希望

（病院名：　　）

理由（　　）

■ 履歴書・自己紹介書　記入上の注意等

1. 履歴書・自己紹介書はA4・両面印刷にて出力のうえ、記入してください。

2. 整理番号欄は当グループにて記載するため記入は不要です。

3. *印欄（「応募職種」・「応募職種の免許の有無」・「生年月日」・「配偶者」・「配偶者の扶養義務」）は該当するものを〇で囲んでください。
4. 「性別」欄の記載は任意です。未記載とすることも可能です。

5. 文字は楷書、数字はアラビア数字を用いて自筆で正確に記入してください。

6. 氏名は戸籍謄本に記載されたものと同じ文字で記入してください。

7. 学歴は高等学校卒業から記入してください。

8. 年号は和暦で記入してください。

9. 適性試験の案内を送信しますので、メールアドレスについても必ず記入してください。

10. 提出いただく個人情報につきましては、今回の採用試験に関すること、及び採用時の事務手続きにかかる人事情報管理に関することのみに利用させていただきます。