**伊丹市社会福祉事業団 Ⅱ種職員採用試験**

**履歴書（保健師・看護師）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格区分※①～③のいずれかを記入 |  | ふりがな |  | 生年月日年　　 　月　　　日　　　　　　　　　　(　　　　歳) |
| 氏名 |  |
|  現住所（居住地）　〒　　　　　 －  |  電話(　　　　 　)　　　　　－　メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | 　　写真貼り付け　　脱帽･正面向･上半身　　を３カ月以内に撮影したもの(縦4㎝×横3㎝) |
|  連絡先住所（現住所以外への連絡を希望する場合のみ記入）〒　　　　　 － 連絡先電話　　　　 　-　　　　　　　－  |
| 学　　　　　　　　　　　　　　歴 | 在学期間(西暦で記入して下さい) | 学　校　名 | 制度 | 学 部 ・ 学 科 名 | 区　分 |
|  自　　 　年　 　月　　 日 至　　 　年　　 月 　　日 |  　　　　　　　　　 　　　　　中学校 | ３年制 |  | 卒　業 |
| 自　　 　年　 　月 　　日 至　　 　年　 　月　 　日 |  | 年制 |  | 卒　・　卒見込修了　・　中退 |
|  自　　 　年　　 月　 　日 至　　 　年　 　月　　 日 |  | 年制 |  | 卒　・　卒見込修了　・　中退 |
|  自　　 　年　 　月　 　日 至　　 　年　　 月 　　日 |  | 年制 |  | 卒・卒見込修了・中退 |
| 自　　 　年　　 月 　　日 至　　 　年　　 月　 　日 |  | 年制 |  | 卒　・　卒見込修了　・　中退 |
| 職歴　※【職務経歴書】（を**必ず**添付してください　 | 在職等の期間(西暦で記入して下さい) | 勤 務 先 （部課名まで）・所在地（市区町まで） | 雇 用 形 態（該当するものに丸印をつけてください） | 退職理由 |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |
| 自　　 　年　　 月　　 日 至　　 　年 　　月　 　日 |  | 社員　・　社員以外（フルタイム）　・社員以外（パートタイム/社保加入）　・　社員以外（パートタイム/社保非加入） |  |

※職歴欄等が足りない場合は、同様式を複数枚使用して記入して下さい。

|  |
| --- |
| 志望動機 |
| これからどのように成長していきたいか |
| あなたが認める長所　　　　　　　　　　　　　  |  あなたが認める短所 |
|  健康状態 |  既往症 　なし ・ あり　（　　　　　　　 　） |
| 配偶者の有無及び扶養義務配偶者 　無　・ 　有（※扶養義務　有 ・無 ） | 　扶養家族数（配偶者を除く） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 本人希望記入欄（特に給料・勤務地・その他について採用時の参考とします（確約はしません）） |
| 免　　許　・　資　　格　・　検　　定　　(取得見込を含む) |
| 名　　　　　　　　称 | 取 得 年 月 日 |
|  | 西暦　　　　　　　年　 　　　月　　 　　日 |
|  | 西暦　　　　　　　年　 　　　月　　 　　日 |
|  | 西暦　　　　　　　年　 　　　月　　 　　日 |
|  | 西暦　　　　　　　年　 　　　月　　 　　日 |
|  | 西暦　　　　　　　年　 　　　月　　 　　日 |

上記の記載内容に虚偽や不記載のないことを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※この求人を知った媒体(該当に☑、複数回答可)

□ハローワーク　　□新聞折込広告 (媒体：　　　 　　　　　　　　)　 　□人材紹介（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□知人等の紹介

□WEBｻｲﾄ (ｻｲﾄ名：　　　　　　　　　　　　　)　　□その他（　　　　　　　 　 　　　　）

（このページ以下は印刷及び提出不要）

　履歴書・職務経歴書の提出にあたり、以下の点にご注意下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | １．履歴書（法人が指定する書式）　※当事業団ホームページより所定の書式をダウンロード２．職務経歴書３．写真　※履歴書に貼付（4cm×横3cm、脱帽・正面向・上半身を撮影したもの。応募日より2ヶ月以内に撮影したもの）４．保健師もしくは看護師資格証（写）のいずれか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　各１部ずつ |
| 受付期間 | 採用予定人数に達するまで随時※提出書類の受付は、持参・郵送のいずれでも可能。但し、メールでの提出は受け付けません |
| 受付時間 | 持参の場合は、平日 午前９時１０分～午後５時３０分 の間　※上記の時間帯以外での受付は原則不可 |
| 提出先 | 社会福祉法人伊丹市社会福祉事業団　法人事務局　採用担当者　宛（〒６６４－００１４　伊丹市広畑３丁目１番地　いたみいきいきプラザ３階）　 |
| 提出書類の取扱い | ・自筆の場合は、鉛筆及びフリクションペン等の消せるボールペンでの記入は不可・受験申込書に記載された内容については、採用試験以外の目的に利用しません。・採否結果に関わらず、提出書類の返却は原則行わない為、返却希望の場合は採用担当者までご連絡下さい |
| 採用の取消し | ・受験資格がないこと、又は、申込時の記載内容を偽って記載したことが明らかになった場合・採用までに心身の故障により職員としての適格性を欠くに至った場合、又は職員となるにふさわしくない非行があった場合 |
| 合否発表 | ・合格者には、速やかに合格結果を電話及び文書で通知します。不合格者には、不合格結果を文書で通知します。・合格後に健康診断を受診していただき、結果に問題がなければ採用する予定です。また合格者には最終学歴を確認する為、卒業証明書もしくは卒業証書（写）の提出をお願いします |