

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------|--------------------------|--|--------|
| 試験区分 | ふりがな | | | 写真を貼る位置 1. 縦 36～40mm 横 24～30mm 2. 本人単身胸から上 3. 裏面のりづけ | |
| 保健師 | 氏名 | | | | |
| 最近関心を持ったことから | | | | | |
| 自己PR | | | | | |
| 志望の動機 | | | | | |
| 余暇の利用方法 | 趣味、スポーツ等 | | 自分でやる | 見るだけ | |
| | 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 2 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ボランティア活動、地域活動、サークル活動等の経験があれば書いてください。 | | | | | |
| 資格免許取得状況 | | | | | |
| 名 称 | 取得年月日 | 取扱官公庁名 | 名 称 | 取得年月日 | 取扱官公庁名 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 他の就職試験の受験状況 | | | | | |
| 官公庁、会社名等 | 受 験 結 果 (合格等の状況を○で囲む) | | | | |
| | 合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃) | | | | |
| | 合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃) | | | | |
| | 合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃) | | | | |
| | 合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃) | | | | |
| | 合 格 ・ 不 合 格 ・ 未 定 (合否判明時期 月 日頃) | | | | |

・右上に写真を貼るとともに、必ず自筆で各項目について、ありのままに、ていねいに書いてください。
・数字は算用数字を用い、また該当する口の中には✓印をつけてください。