

面 接 シ ー ト

令和 年 月 日提出

(注意)面接シートの記入にはすべて黒か青のインク又はボールペンを用い、かい書でていねいに書いてください。

試 験 区 分		受 験 番 号		氏 名		生 年 月 日		(写真貼付欄) 4 cm×3 cmサイズ
体育指導員 (かがわ総合リハビリテーションセンター)				(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生		
住 所	〒 —					年 齢	性 別	
						歳		
電 話 番 号	自宅 () — 携帯 () —					(R6. 4. 1 現在)		
学 歴 [高等学校 入学以降 について 記入 専修学校 等を含め る。]	現在・最終	(学校名)	(学部名)	(学科名)	年 月～ 年 月 卒業・卒業見込・在学中・中退			
	そ の 前				年 月～ 年 月 卒業・中退・その他(転学等)			
	そ の 前				年 月～ 年 月 卒業・中退・その他(転学等)			
卒業論文・研究、ゼミのテーマ								
部活動・クラブ・サークル等活動			主な活動成果			部活動・クラブ・サークル等での役割(役職)		
中学校								
高 校								
大学等								
資格・免許 (取得見込含む)	医療、福祉に関する資格	・ (年 月 取得・取得見込) ・ (年 月 取得・取得見込) ・ (年 月 取得・取得見込)				趣味・特技		
	その他の資格	・ (年 月 取得・取得見込) ・ (年 月 取得・取得見込) ・ (年 月 取得・取得見込)						
健康状態 (既往歴・持病等)								
職 歴	勤 務 先	所在地(都道府県名)	職 務 内 容		在 職 期 間 (年月数)			
	(現 在)				年 月 ～ 現在 (年 月)			
	(その前)				年 月 ～ 年 月 (年 月)			
	(その前)				年 月 ～ 年 月 (年 月)			
扶養家族 (配偶者を除く)		人	配 偶 者	有 ・ 無		配偶者の扶養義務		有 ・ 無

(注意)職歴欄が足りない場合は別用紙に記入の上、提出してください。

自 覚 し て い る 性 格			
(長所)		(短所)	
1. あなた自身のPRをしてください。			
2. これまでの生活のうち、印象に残る出来事や熱心に取り組んだこと			
3. 当事業団の体育指導員を志望した動機・理由			
4. 仕事をしていくうえで、あなたが大切に考えていること			
他の就職試験の受験状況 今年度受験したもの及び受験予定のものに○印を付けてください。		1 国家公務員 2 独立行政法人 (大学・病院等)	3 都道府県職員 4 市町村職員 5 民間医療機関等 6 民間福祉施設等 7 進学 8 その他
※今回、この求人を知ったきっかけに○印を付けてください。		1 当事業団のホームページ 4 知人からの紹介	2 ハローワーク 5 その他 () 3 大学等の求人情報