

# 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 指導・支援職 <small>(香川県障害者支援施設たまも園)</small>	受験番号	氏 名 <small>(ふりがな)</small>	生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日生		(写真貼付欄)  4 cm×3 cmサイズ
住 所	〒 -		年 齢	性 別	
電話番号	自宅 ( ) -	携帯 ( ) -	歳  <span style="color: red;">(R7.4.1現在)</span>		
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 (取り組んでいる場合は、ご記入ください。)					
クラブ・サークル等活動		主な活動成果		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) ・ ( 年 月取得) ・ ( 年 月取得)	趣味・特技		
	その他の資格	・ ( 年 月取得) ・ ( 年 月取得) ・ ( 年 月取得)			
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)	
	(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。

