

履 歴 書

令和 年 月 日

|                      |           |                |                           |                |                |                  |  |
|----------------------|-----------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|------------------|--|
| 受験番号<br>※ 記入不要       |           | 受験職種           |                           | フリガナ<br>氏 名    |                | 年 齢<br>(記入日現在)   |  |
|                      |           |                |                           |                |                | 歳                |  |
| 学<br><br><br><br>歴   | 学校名       | 学部学科名<br>専 攻 名 | 所 在 地<br>(市町村名まで記入してください) | 在学期間           |                | 卒業・中退<br>在 学 の 別 |  |
|                      | 高等学校      |                |                           | 年 月から<br>年 月まで |                | 卒業・中退<br>卒業見込    |  |
|                      |           |                |                           | 年 月から<br>年 月まで |                | 卒業・中退<br>卒業見込    |  |
|                      |           |                |                           | 年 月から<br>年 月まで |                | 卒業・中退<br>卒業見込    |  |
| 職<br>歴<br>(主なもの)※    | 勤 務 先     |                | 職 務 内 容                   |                | 在 職 期 間        |                  |  |
|                      |           |                |                           |                | 年 月から<br>年 月まで |                  |  |
|                      |           |                |                           |                | 年 月から<br>年 月まで |                  |  |
|                      |           |                |                           |                | 年 月から<br>年 月まで |                  |  |
|                      |           |                |                           |                | 年 月から<br>年 月まで |                  |  |
|                      |           |                |                           |                | 年 月から<br>年 月まで |                  |  |
| 資<br><br><br>格       | 取 得 年 月 日 |                | 資 格 等 の 名 称               |                |                |                  |  |
|                      | 年 月 日     |                |                           |                |                |                  |  |
|                      | 年 月 日     |                |                           |                |                |                  |  |
|                      | 年 月 日     |                |                           |                |                |                  |  |
| 志望の動機<br>(具体的に記入のこと) |           |                |                           |                |                |                  |  |

※行が足りない場合は、コピーして使用ください。

| <p>自己PR</p>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                    |                    |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|---|---|---|---|----------|--|--|--|--|-------|---------|---------|---------|---------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <p>学生生活等、今までの生活を振り返って特に取り組んだこと、得たこと、一番心に残っていること</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                    |                    |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| <p>趣味・特技・得意なこと<br/>(働く上で関係があると思う事柄を記入してください)</p>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                    |                    |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| <p>障害に関すること</p>                                     | <p>働きやすい職場環境を整えるため、あなたの障害に関することについて、以下の点に御回答ください。</p> <p>&lt;交付されている手帳&gt;</p> <p>手帳の名称(○で囲む)： <u>身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳</u></p> <p>等 級： <u>                    </u>      交付年月日： <u>          </u> 年 <u>          </u> 月 <u>          </u> 日</p> <p>&lt;障害の状況&gt; ※ <u>分かる範囲で御記入ください。</u></p> <table border="1" data-bbox="245 1187 1396 1637"> <thead> <tr> <th></th> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>障害名(病名等)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>発症の時期</td> <td>年    月頃</td> <td>年    月頃</td> <td>年    月頃</td> <td>年    月頃</td> </tr> <tr> <td>定期通院の有無<br/>(○で囲む)</td> <td>有    ・    無</td> <td>有    ・    無</td> <td>有    ・    無</td> <td>有    ・    無</td> </tr> <tr> <td>定期通院「有」の場合、その頻度</td> <td>月に    回<br/>年に    回</td> <td>月に    回<br/>年に    回</td> <td>月に    回<br/>年に    回</td> <td>月に    回<br/>年に    回</td> </tr> <tr> <td>投薬の有無<br/>(○で囲む)</td> <td>有    ・    無</td> <td>有    ・    無</td> <td>有    ・    無</td> <td>有    ・    無</td> </tr> </tbody> </table> <p>&lt;仕事をする際に配慮を希望すること&gt;</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |                    |                    |                    |  | ① | ② | ③ | ④ | 障害名(病名等) |  |  |  |  | 発症の時期 | 年    月頃 | 年    月頃 | 年    月頃 | 年    月頃 | 定期通院の有無<br>(○で囲む) | 有    ・    無 | 有    ・    無 | 有    ・    無 | 有    ・    無 | 定期通院「有」の場合、その頻度 | 月に    回<br>年に    回 | 月に    回<br>年に    回 | 月に    回<br>年に    回 | 月に    回<br>年に    回 | 投薬の有無<br>(○で囲む) | 有    ・    無 | 有    ・    無 | 有    ・    無 | 有    ・    無 |
|                                                     | ①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ②                  | ③                  | ④                  |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| 障害名(病名等)                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                    |                    |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| 発症の時期                                               | 年    月頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 年    月頃            | 年    月頃            | 年    月頃            |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| 定期通院の有無<br>(○で囲む)                                   | 有    ・    無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 有    ・    無        | 有    ・    無        | 有    ・    無        |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| 定期通院「有」の場合、その頻度                                     | 月に    回<br>年に    回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 月に    回<br>年に    回 | 月に    回<br>年に    回 | 月に    回<br>年に    回 |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |
| 投薬の有無<br>(○で囲む)                                     | 有    ・    無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 有    ・    無        | 有    ・    無        | 有    ・    無        |  |   |   |   |   |          |  |  |  |  |       |         |         |         |         |                   |             |             |             |             |                 |                    |                    |                    |                    |                 |             |             |             |             |