

# 履 歴 書

令和 年 月 日現在

**写真貼示欄**

縦 4 cm  
横 3 cm  
申込前 3 ヶ月以  
内に撮影したも  
の

ふりがな		電 話 ( 方呼出 ) —
氏 名		
平成 年 月 日生 (満 歳)		携 帯 —
昭和 年 月 日 (満 歳)		
男・女		電 話 ( 方呼出 ) —
ふりがな		
現住所 (〒 — )		携 帯 —
ふりがな		
連絡先 (〒 — ) <u>現住所以外に希望する場合のみ記入</u>		携 帯 —
ふりがな		

【学歴】	学校名	学部・学科・専攻	在 学 期 間
	中学校		年 月～ 年 月 卒・卒見・中退
	高等学校		年 月～ 年 月 卒・卒見・中退
			年 月～ 年 月 卒・卒見・中退
			年 月～ 年 月 卒・卒見・中退

【職歴】	勤務先	勤務期間	雇用形態	所在市町村
		年 月～ 年 月	正職員・臨時・パート	
		年 月～ 年 月	正職員・臨時・パート	
		年 月～ 年 月	正職員・臨時・パート	
		年 月～ 年 月	正職員・臨時・パート	

年号	年	月	免 許 ・ 資 格
			保育士資格 取得 ( 年 月 ) ・ 取得見込み
			幼稚園教諭免許 ( 1 ・ 2 種 ) 取得 ( 年 月 ) ・ 取得見込み

【家族構成】 ●配偶者 有 ・ 無  
●配偶者の扶養義務 有 ・ 無 ●扶養者 人

【自己紹介 (私の性格)】

---



---



---



---

告知事項は、現在の健康状態等について自ら記入していただく事項です。なお、次の事象は告知対象外となりますので、記入の必要はありません。

- 完治後のかぜ、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症
- 虫歯の治療・歯槽膿漏の治療
- 色覚異常
- 完治後の急性虫垂炎の手術
- 健康増進のための市販のビタミン剤の服用
- 現在治療を受けていない花粉症・水虫
- 妊娠中および分娩後で定期検診のみの受診

告知事項	1	<p>本日より最近3ヶ月以内に医師の治療（指示・指導を含みます。※1）や投薬を受けたことがありますか。</p> <p>※1 「指示・指導」とは、医師の診察、検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることをいいます。</p>	いいえ	はい	「はい」に該当する場合は、次の告知事項詳細にも記入してください。
	2	<p>本日より過去3年以内に次の病気で、手術を受けたことまたは2週間以上にわたり（※2）医師の治療（指示・指導を含みます。※1）や投薬を受けたことがありますか。</p> <p>●心臓、血圧 ●脳 ●精神、神経 ●目 ●肺、気管支 ●胃、腸 ●肝臓、すい臓 ●腎臓 ●がん、しゅよう ●その他の病気 ●女性にのみ告知いただきたい病気</p> <p>※2 「2週間以上にわたり」とは、一連の病気やケガで医師の治療（指示・指導を含みます。）や投薬を受け、転医、転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。（実際の診療日数ではありません。）過去3年以内に初診日が含まれていない場合でも、継続加療期間が3年以内に含まれている場合は、告知が必要です。また、2週間分以上の薬を処方されているときは、「2週間以上にわたり投薬を受けていたこと」に該当します。</p>	いいえ	はい	
	3	<p>手足の欠損または機能に障がいがありますか。または、背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。（※3）</p> <p>※3 身体障害者手帳をお持ちの場合は、写しをご提出いただくこともあります。</p>	いいえ	はい	

告知事項詳細	<p>告知事項が「あり」のときは、すべて記入してください。また、複数の病気等がある場合は、①②③・・・と区別してすべて記入してください。</p> <p><b>【病気やケガの診断目・障がい内容・ケガまたは障がいの原因】</b></p> <p><b>【治療（指導・指示を含みます。）や投薬を受けた年月】</b></p> <p><b>【入院の有無および期間】</b></p> <p><b>【手術の有無・時期および名前または部位】</b></p> <p><b>【症状経過（「高血圧」「糖尿病」「肝臓に関する病気」に該当する方は、最近の検査値をご記入ください。）】</b></p>
--------	---