愛知県青い鳥医療療育センター

エ ン ト リ ー シ ー ト

令和　　年　　月　　日記入現在

ふりがな		男・女	印
氏　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）		

顔写真貼付
縦4cm
横3cm
※上半身、正面
※6ヶ月以内に撮影したもの

現 住 所	〒　（　　－　　） 電話（　　）　左記以外の電話（　　）
E－mail	・適性検査受験のお知らせをいたします。
連 絡 先	（上記以外に連絡先を希望する場合のみ記入してください） 〒　（　　－　　） 電話（　　）

学歴・職歴　（学歴・職歴別に記入／欄が不足する場合は別紙に記載する等してください）

年	月	事　　項（学歴は高校卒業相当以上を記入）

年	月	免許・資格

志望の動機、特技、好きな学科、アピールポイントなど	通勤時間 約　　時間　　分	
	扶養家族数（配偶者を除く） 人	
	配偶者 ※　有　・　無	配偶者の扶養義務 ※　有　・　無

記入上の注意　1.鉛筆以外の黒又は青の筆記具で、自筆で記入して下さい。
2.※印のところは該当するものを〇で囲んで下さい。