



|  |                                |               |          |
|--|--------------------------------|---------------|----------|
| 得意な学科  |                                | 通勤時間          |          |
| 特 技  |                                | 約 時間 分        |          |
| 所属クラブ等   |                                | 扶養家族数（配偶者を除く） |          |
| スポーツ趣味   |                                | 人             |          |
| 性 格  |                                | 配偶者           | 配偶者の扶養義務 |
| 健 康 状 態  |                                | ※ 有 ・ 無       | ※ 有 ・ 無  |
| 志望の動機  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
| 取得年  | 免許・資格（取得予定・卒業見込みを含む）           |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
| 本人希望欄（特に給料・種別・勤務時間・勤務地・その他についての希望があれば記入）                         |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
|  |                                |               |          |
| 保護者（本人が未成年の場合記入）   |                                |               |          |
| ふりがな   |                                |               |          |
| 氏 名  | 住 所 〒 （                      ） |               |          |
| 電話                      （                      方呼び出し）      F A X |                                |               |          |

受理日      年      月      日 NO \_\_\_\_\_