

理学療法士・言語聴覚士採用選考試験受験に係る経歴等調書

※受験番号欄は記入しないでください

※受験番号	試験区分	ふりがな	
		氏名	

(記載にあたっての注意)

- 経歴については、上から順に最近のものから記載してください。
- 黒ボールペン等ではっきりと記載してください。

理学療法士・言語聴覚士に関わる業務に従事した期間の経歴

勤務先 (所在地)	採用形態	主 な 業 務 内 容 等	在職期間のうち資格免許に関わる業務に従事した期間(職務経歴期間)
	勤務形態		
()	正規職員・その他		年 月から
	常 勤・非常勤		年 月まで
()	正規職員・その他		年 月から
	常 勤・非常勤		年 月まで
()	正規職員・その他		年 月から
	常 勤・非常勤		年 月まで
()	正規職員・その他		年 月から
	常 勤・非常勤		年 月まで
()	正規職員・その他		年 月から
	常 勤・非常勤		年 月まで
			職務経歴期間通算： 年 か月

(注)

- ・この経歴等調書に記載する職務経歴とは、3か月以上継続して就業した期間を記載してください。(1か月未満の日数は、30日を1か月として計算します。)
- ・上記枠に記載しきれない場合は、別紙に記載してください。
- ・在職中の場合には、従事した時期の下段「 年 月まで」の部分は空欄にしてください。
- ・「採用形態」、「勤務形態」の欄は該当するものを○で囲んでください。

* この経歴書の記載事項は、職員採用選考のために用いるものです。