

履 歴 書

臨床検査技師

(西暦 年 月 日現在)

(写真欄) ○縦4cm×横3cm ○3ヶ月以内に撮影 ○上半身・正面・無帽 ○写真裏面氏名記入	ふりがな		※性別	
	氏名			
	生年月日 《西暦》	年 月 日生 (令和7年4月1日で満 歳)		
現住所	ふりがな		TEL	
	(〒 -)		携帯 - -	
不在時 連絡先	ふりがな		TEL	
	(〒 -) (現住所と同じ場合は「同上」と記入してください)		携帯 - -	
学 歴 (中学校から最終学歴まで記入)				
学校名	学部・学科名	修学期間 《西暦》	卒業区分等	
中学校		年 月から 年 月まで	卒業・中退・卒業見込	
		年 月から 年 月まで	卒業・中退・卒業見込	
		年 月から 年 月まで	卒業・中退・卒業見込	
		年 月から 年 月まで	卒業・中退・卒業見込	
		年 月から 年 月まで	卒業・中退・卒業見込	
職 歴 (今までの職歴をすべて記入)				
勤務先 (会社名)	所在地	在職期間 《西暦》	雇用形態	職務内容
		年 月から 年 月まで	正社員 非正社員 ()	
		年 月から 年 月まで	正社員 非正社員 ()	
		年 月から 年 月まで	正社員 非正社員 ()	
		年 月から 年 月まで	正社員 非正社員 ()	

☆ 学歴・職歴が本用紙に記載しきれない場合は、別紙「学歴・職歴一覧」に記載すること。

※ 「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

氏名記入欄：

免許・資格（取得済みの場合は、免許証の写を添付すること）	
名称	取得（見込）年月日 《西暦》
	年 月 日 取得済み・取得見込
	年 月 日 取得済み・取得見込
	年 月 日 取得済み・取得見込
	年 月 日 取得済み・取得見込
	年 月 日 取得済み・取得見込
	年 月 日 取得済み・取得見込

志望の動機	
特技、アピールポイントなど	健康状態
	性 格
本人希望記入欄（特に希望があれば記入のこと）	

公益財団法人栃木県保健衛生事業団

・採用募集は、最初に何で知りましたか。

- 1 ハローワーク 2 当事業団ホームページ 3 その他（ ）

採用選考者の個人情報の取扱いに関する同意書

公益財団法人栃木県保健事業団では、採用選考者の個人情報を個人情報保護法、医療関係法令、各種ガイドライン及びJIS Q 15001の規格等を遵守し、情報漏えいや不正が生じないよう万全の体制のもと適正にお取扱いいたします。

○ 個人情報の利用目的

採用選考者の個人情報は、以下に示す目的のために利用いたします。ここに示した利用目的の範囲を超えて、個人情報を利用することはありません。

- 1 採用選考を目的とした連絡
- 2 採用選考に関する情報の提供
- 3 その他、採用選考に必要な連絡業務

採用選考者が採用決定となった場合、取得した個人情報は当事業団職員の個人情報として保管いたします。詳細については採用手続き時に別途説明を行います。

採用選考者が不採用となった場合、提出いただいた書類を返却するとともに、選考業務のために複製した個人情報も業務終了後、速やかに適切な方法にて廃棄・削除いたします。

○ 個人情報の提供

法令等の定めに基づき提供を求められた場合や人の生命、身体又は財産の保護に必要な場合を除き、第三者に個人情報を提供することはありません。

○ 個人情報の委託

当事業団では、採用業務を正確かつ迅速に行うため、個人情報を含む業務を委託する場合があります。

- 委託先は、客観的な基準により適切に選定し、個人情報保護規定を含む契約により適正に管理します。

○ 個人情報に関するお問合せ

当該個人情報の開示、訂正、削除、利用・提供の停止等を希望される場合、その他苦情・ご相談については、ご本人であることを確認の上、速やかに対応いたします。

【個人情報に関するお問合せ先】

〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 管理部総務課

TEL: 028-623-8181

※採用選考者の個人情報の取扱いを理解し、同意の上応募するようにしてください。同意いただけない場合、採用選考を開始することができませんので予めご了承願います。

公益財団法人栃木県保健衛生事業団

個人情報保護管理者 福田 篤 様

この度の採用試験にあたり、私に関する個人情報を上記のとおり取扱うことについて

同意します 同意しません (いずれかの□に✓を記入してください)

年 月 日

住 所

本人署名

印