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	
	言語聴覚士	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 勤務形態	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（職務経験期間）
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
（　　）	正規職員・その他 常　勤・非常勤		年　月から 年　月まで
			職務経験期間通算：　年　か月

（注）
・この経歴等調書に記載する職務経験とは、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。