

学校法人 古沢学園

専門学校福祉リソースカレッジ広島

選 考 番 号	※
------------------	---

(希望する課程に☑をつけてください)

- 精神保健福祉学科 一般養成施設 昼間課程(1年)
 精神保健福祉学科 短期養成施設 通信課程(9ヶ月)
 精神保健福祉学科 一般養成施設 通信課程(1年6ヶ月)
 社会福祉学科 一般養成施設 通信課程(1年6ヶ月)

経 歴 書

年 月 日現在

フリガナ				生年			
氏 名				月 日	年	月	日(満)歳
現 住 所							
1. 学 歴 (高校卒業から記入、養成校等も記入して下さい)							
年 月							
年 月							
年 月							
年 月							
年 月							
年 月							
2. 職 歴 (勤務先など)							
勤 務 期 間	法 人 名 ・ 事 業 所 名	所 在 地			職 種		
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
3. 社 会 活 動 等 (ボランティア、サークル、ボーイスカウトなど)							
期 間	年 数	施 設 名 等	所 在 地			内 容	
年 月～ 年 月	年 ヶ月						
年 月～ 年 月	年 ヶ月						
年 月～ 年 月	年 ヶ月						
4. そ の 他 (福祉分野における経験を記入して下さい)							

注) 1枚に書ききれない場合は、本用紙をコピーして記入してください。

○ 記入していただく内容は、入学選考時にのみ使用することを目的とします ※欄は記入しないこと