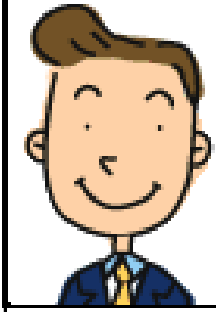


履 歴 書

※日付等は西暦・和暦どちらでも可

平成30年12月20日現在



H30年12月7日撮影

フリガナ	コクリツ タロウ	性別	男・女
氏名	国立太郎	生年 月 日	昭和56年7月17日 (満37歳)

現住所	〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1 東アパート102号 TEL: 04-2995-3100 FAX: 04-2992-4525
-----	--

学 歴

平成9年3月	埼玉県狭山市立〇〇小学校	卒業(見込み)・中退
平成12年3月	埼玉県所沢市立〇〇中学校	卒業(見込み)・中退
平成15年3月	埼玉県立〇〇工業高校 建築科	卒業(見込み)・中退
平成15年6月	〇〇専門学校 建築コース(2年)	卒業(見込み)・中退
年 月	以 上	卒業(見込み)・中退
年 月		卒業(見込み)・中退
年 月		卒業(見込み)・中退

職 歴

在 職 期 間	会社・事業所・施設名	所 在 地	職 種(具体的に)
平成15年8月~16年12月	(有)〇〇工務店	埼玉県入間市	大工見習い
平成17年4月~28年3月	(株)△△建築工業	東京都東村山市	建設作業員
平成28年4月~29年3月	同社休職の後、退社		
年 月~ 年 月		以 上	
年 月~ 年 月	休職中のものを含め、最終職歴までを記入してください。 書ききれない場合は、新しいものを優先し記入してください		
年 月~ 年 月			

- (注) 1 職歴は、会社名及び所在地、従事した職種を具体的に記入してください。
また、在職中、休職中の方についても現在の状況について記入してください。
なお、福祉施設での就労経験等がある場合についても記入してください。
2 裏面の「治療・訓練等の経過」は、障害にかかわる事項を中心に記入してください。

治療・訓練等の経過

治療の期間	治療・訓練を受けた病院または施設名	治療・訓練等の内容	入院・通院別
平成27年12月2日～28年2月28日	高崎市〇〇整形外科病院	急性期治療	入院
平成28年2月28日～28年10月30日	埼玉県〇〇リハビリテーション病院	ADL訓練	入院
平成28年10月31日～29年3月31日	同上	理学療法	通院(各週)
年 月 日～年 月 日	入院、通院を含めて順に記入してください。書ききれない場合は、主なものを記載してください		
年 月 日～年 月 日			
年 月 日～年 月 日			

取得免許・資格

平成15年2月27日	第1種普通自動車運転免許
年 月 日	自動車運転免許やその他の資格について記入してください
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

家族の状況

氏名	続柄	生年月日	職業	住所	電話番号	同居別居
国立花子	妻	S 53.7.13	会社員	〇〇市〇〇町〇丁目 東アパート102号	04-2345-6789	同居
桜葉子	義母	S 27.1.21	なし	〃	〃	同居
国立春子	妹	S 54.6.3	会社員	〃	〃	同居
並木道子	姉	S 50.12.3	会社員	東京都〇〇区〇〇町〇丁目24	03-3456-7890	別居
同居家族は全員、別居家族は親子、申込者の兄弟まで記入してください						

上記のとおり相違ありません。

平成30年12月20日

自筆か代筆か、どちらかを丸で囲んでください

氏名 国立太郎

印

上記は(自筆です)・代筆です。(いずれかを○で囲む。) 代筆者氏名: