

※受付日 令和 年 月 日

※整理番号 受領者

有効期限 受付日から3ヶ月

# 求 職 票

氏 名	ふりがな		生年月日・年 齢	昭和	年	月	日	歳
				平成				
現 住 所				もより駅	線	駅から自宅まで 分		
				家族構成	配偶者(有・無) 人			
連 絡 先	電 話		Eメール					
	携 帯							
希望する職場	病院・老人福祉施設・福祉施設・学校・行政・産業給食・その他( )							
希望就業形態								
希望勤務地	(電車・バス・自家用車 分以内)			希望勤務時間				
希望収入	希望収入(税込) 円以上			転居の可否	単身転居(可・不可)			
その他希望								
最終学歴								
免許・資格	(栄養士・管理栄養士)・糖尿病療養指導士・病態栄養専門師							
	普通自動車運転免許(有・無) その他( )							
職歴 (経験した仕事とその期間)	年 月	～	年 月	会社名	業務内容			
アピールしたい 技能								

提出先 (公社)千葉県栄養士会事務局 FAX 043-256-1804 E-mail soumu@eiyou-chiba.or.jp

※印は、記載しない

※紹介状況

紹介日	求人事業者名	整理番号	面接日	結果
年 月 日			年 月 日	
年 月 日			年 月 日	

最終結果