

公益財団法人ちば県民保健予防財団
ジョブ・リターン選考申込書

令和 年 月 日現在

退職時の雇用区分			
職 種			
ふりがな		性 別	写真欄 6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの。 縦4cm×横3cm
氏 名	旧姓 ()	※	
生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
ふりがな			
現 住 所	〒 ー		
	電話番号		携帯電話
	E-mail		
採用年月日	年 月 日	退職年月日	年 月 日
退職時の所属			
退 職 事 由	(いずれかに☑をしてください) □育児 □介護 □家族の転勤 □その他 ()		
	(具体的に記載してください)		
再採用を希望する理由 (退職事由の現在の状況等)			

退職時に旧姓使用をしていた場合、氏名欄に旧姓も付記してください。 ※「性別」欄の記入は任意です。

氏名：_____

【退職後に取得した資格】

取得年月	資格名	内容・レベル
年 月		
年 月		
年 月		

【退職後の職務経験】

■会社名			
事業内容			
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	雇用形態	
職務内容			
■会社名			
事業内容			
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	雇用形態	
職務内容			
■会社名			
事業内容			
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	雇用形態	
職務内容			

※財団退職後に取得した資格や職務経験のある場合のみご記入し提出してください。