面 接 カ ー ド

※ 受験番号	試験職種
	視能訓練士

ふりがな		生 年 月 日
氏 名		昭和・平成 年 月 日
現住所	〒 ー	携帯 ー ー 電話 ー ー
(連絡先)	〒 ー	携帯 ー ー 電話 ー ー

※受験番号欄は記入しないでください。

	在学期間(和暦)	学校名	学部・学科	卒業等の別	所在地
学歴※	年 月 日から 年 月 日まで	(中学校)		卒業	市区町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒業 卒中 見退	市区町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒業 卒中 見退	市区町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒業 卒中 見退	市区町村
	年 月 日から 年 月 日まで		全日制 定時制	卒業 卒中 見退	市区町村

	在職期間(和暦)	勤務先	勤務内容	退職理由	所在地・電話
職歴※	年 月 日から 年 月 日まで				市区町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区町村 電話
	年 月 日から 年 月 日まで				市区町村 電話

免許取得年月日	視能訓練士免許 平成・令和 年 月 日

	資格取得年月日	資格名称
その他の資格の状況	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年 月 日	
志望動機		

得意学科等		趣味		所属クラブ等	

※学歴・職歴欄は正確に記載してください

令和9年1月13日実施 視能訓練士