지원분야 : 보험클리닉 상담매니저 \* 주민번호상 나이 기재 ( 세)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 사진 |  | **성 명** |  | | |
|  | 생년월일 |  | 휴대폰 |  |
|  | E-mail |  | | |
|  | 주소 |  | | |
|  | 희망 근무지 |  | | |
|

♦ 학력사항

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 학교명 | | 학과 및전공 | | | | | | 졸업년도 |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
| ♦ 경력사항 | | | | | | | | |
| 회사명 | | 재직기간 | | | 재직년수 | 퇴직사유 | | 담당 업무 |
|  | | ~ | | |  |  | |  |
|  | | ~ | | |  |  | |  |
|  | | ~ | | |  |  | |  |
|  | | ~ | | |  |  | |  |
| \*최근 경력부터 작성, 보험사 경력은 전부 기재  ♦ 자격증 | | | | | | | | |
| 취득일 | 자격증/ 면허증 | | | 취득일 | | | 자격증/면허증 | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |
| ♦ 가족사항 | | | | | | | | |
| 관계 | | | 성명 | | | | | 연령 |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | |  |

**♦ 지원동기**

|  |
| --- |
| 지 원 동 기 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**♦ 본인의 장단점**

|  |
| --- |
| 본인의 장단점 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**♦ 입사후 포부**

|  |
| --- |
| 입사후 포부 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**위의 모든 내용은 사실과 다름 없음을 확인합니다.**

**\*위 기재사항이 사실과 다를 시에는 입사가 취소될 수 있습니다.**