

**令和7年度鳥取県立中央病院会計年度任用職員
(歯科衛生士)採用試験申込書**

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
連絡先	住所：(〒 -) 電話番号：(自宅：) (携帯：) ※採用する際には電話による意向確認を行いますので、確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。(携帯電話をお持ちの方は必ず記載してください。)
従事希望 職 務	希望職務： 理 由： ※特に希望がある場合、具体的な業務内容とその理由を記載してください。
中央病院で 働きたい 理 由 ※必ず記入して ください。	

受 験 票		
受験番号	※	(顔 写 真) ・ 寸 4 cm × 3 cm ・ 6 箇月以内に無帽で撮影したもの
ふりがな		
氏名		

試験結果通知宛先
(住所) 〒 -
(氏名) 様

※結果通知が確実に到着する場所を記入すること。

最終学歴	学 校 名 : 卒 業 年 月 : 年 月 (卒 業 ・ 卒 業 見 込)																				
資 格 (パソコン技 能以外)	年 月 (資格名 :) 年 月 (資格名 :) 年 月 (資格名 :)																				
パソコン 技能に関 する資格	年 月 (資格名 :) 年 月 (資格名 :)																				
職 歴	1 有り 2 無し (有りの場合、勤務時期・勤務箇所等を記載してください) <table border="1" data-bbox="352 645 1430 1081"> <thead> <tr> <th data-bbox="352 645 772 680">勤 務 期 間</th> <th data-bbox="772 645 1123 680">勤 務 箇 所</th> <th data-bbox="1123 645 1430 680">業 務 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="352 680 772 763">年 月～ 年 月</td> <td data-bbox="772 680 1123 763"></td> <td data-bbox="1123 680 1430 763"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 763 772 846">年 月～ 年 月</td> <td data-bbox="772 763 1123 846"></td> <td data-bbox="1123 763 1430 846"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 846 772 929">年 月～ 年 月</td> <td data-bbox="772 846 1123 929"></td> <td data-bbox="1123 846 1430 929"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 929 772 1012">年 月～ 年 月</td> <td data-bbox="772 929 1123 1012"></td> <td data-bbox="1123 929 1430 1012"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1012 772 1081">年 月～ 年 月</td> <td data-bbox="772 1012 1123 1081"></td> <td data-bbox="1123 1012 1430 1081"></td> </tr> </tbody> </table>			勤 務 期 間	勤 務 箇 所	業 務 内 容	年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
勤 務 期 間	勤 務 箇 所	業 務 内 容																			
年 月～ 年 月																					
年 月～ 年 月																					
年 月～ 年 月																					
年 月～ 年 月																					
年 月～ 年 月																					
自己PR <small>※資格、経験などを踏まえて記入してください。</small>																					