

鳥取県任期付職員採用試験（医師（子どものこころ専攻医））

(顔写真)

- ・縦4cm×横3cm
- ・6か月以内に撮影したもの
- ・申込み時に貼り付けること

受験申込書

私は、下記の試験を受験したいので申し込みます。

なお、私は受験案内に掲げてある受験資格を全て満たしており、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

年 月 日

ふりがな				受験希望日	受付番号 (受験番号)
氏名				<input type="checkbox"/> 12/28 (土) <input type="checkbox"/> 12/29 (日) <input type="checkbox"/> 1/11 (土) <input type="checkbox"/> 1/12 (日)	※
生年月日	年 月 日	年齢	歳 (採用予定日時点)		
現住所	〒 電話(自宅・携帯電話) メールアドレス				
緊急連絡先	〒 電話(自宅) (携帯電話)				
学歴 最終学歴から 高校までを一番上の欄から順に記入。	学校名	学部・学科・専攻名	在学期間	修学区分	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
			～ 年 月 月	卒業(修了) 卒業(修了)見込 在学 (学年)	
医師免許 取得年度	年度	臨床研修期間	年 月～ 年 月		
経歴	勤務先の名称	部署・役職・職名	主な担当業務	在職期間	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
				～ 年 月 月	
資格・免許等	名称			取得年月日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

職種	医師 (子どものこころ専攻医)	受付番号 (受験番号)	※	氏名	
----	--------------------	----------------	---	----	--

子どものこころ専門医を希望する動機

自己PRシート
 次の内容について記入してください。
 ・自分自身の持つ強み（知識・技術・経験・能力等）、それらを裏付ける具体的なエピソード等
 ・それらの強み（知識・技術・経験・能力等）が県職員として働く上で、どのように活用できるのか、どのように有益なのか

【申込書記載要領】

- 1 受験申込書は、下記の事項をよく読み、間違いのないよう、正確に記入してください。
- 2 黒のボールペン又はパソコンにより、※欄を除く全ての欄にもれなく、楷書で、記入してください。
- 3 該当する口の中にはレ印をしてください。
- 4 訂正がある場合は、元の文字又は数字に横線を2本引き、その下に書き直してください。
- 5 枠の中に書ききれない場合は、余白に記入してください。
- 6 不備があった場合は受理できません。また、記載事項に不正があった場合は、採用資格を失うことがあります。

各項目の記載要領

氏名・ふりがな	氏名は楷書で記入し、ふりがなはひらがなで記入してください。
受付番号	記入しないでください。
現住所・電話・メールアドレス	現住所は、棟、号室まで、できるだけ詳しく正確に記入してください。この住所に合格通知等を送ります。転居予定がある場合は、その旨を余白に記入し、宛先を明示してください。電話は、県からの連絡を受ける上で都合の良い番号を記入してください。メールアドレスをお持ちの方は、そちらも記入してください。
緊急連絡先・電話	ご家族の住所など、緊急時の連絡先を記入してください。
学歴	最終学歴から高校までの学歴を順に記載してください。
職歴	職歴は、期間に漏れがないように記入してください。
資格・免許等	職種に係る資格・免許等の取得は必ず記入してください。