

**令和6年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(育休代替・栄養士) 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：) 電子メールアドレス： ※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。) ※電子メールアドレスをお持ちの方は、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) ・ 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。

