

**令和7年度鳥取県立中央病院会計年度任用職員  
(診療情報管理士)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	※
ふりがな	(顔写真)  ・ 4 cm × 3 cm ・ 6箇月以内に無帽で撮影したもの
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。

