

○申込み時は切り離さないで、「※」欄以外に記入等の上、提出してください。  
(「※」欄には何も記入しないでください。)

令和7年度鳥取県会計年度任用職員(身体障がい者/精神障がい者対象)  
採用試験

受 験 票		
受験番号	※	
ふりがな		(顔 写 真)
氏 名		・ 4cm × 3cm ・ 6ヶ月以内に無帽で撮影したもの ・ <u>申込み時に貼付</u>

試験日時：令和7年4月10日(木)午後2時から  
試験会場：鳥取県庁第二庁舎9階 第20・21会議室  
(鳥取市東町一丁目271)  
※本票は、試験当日係員が回収します。

----- 切り取り線(試験当日は受験票のみ切り取ってお持ちください) -----

令和7年度鳥取県会計年度任用職員(身体障がい者/精神障がい者対象)  
採用試験

受験番号(受験者控用)

※
---

----- 切り取り線 -----

採用試験合否結果通知宛先								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
(住所)								
(氏名)	様							

※採用試験合否結果通知が到着する場所を記入してください。