

令和7年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員(看護助手)
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 か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。

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)		
	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 ※資格、経験など を踏まえて記入 してください。			

作文用紙

次のテーマについて、800字程度で記述してください。
※必ず自書のこと。

□課 題 中央病院の看護助手として私にできること。

□職種： _____ □氏 名： _____