

令和7年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
事務(事務補助)
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。

