

令和7年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(現業技術員)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。
過去5年間の自動車事故・違反歴	1 有り 2 無し (有りの場合、事故・違反歴を具体的に記載してください。)
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) ・ ㌖4 cm × ㌖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。

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		
自己PR ※資格、経験など を踏まえて記入 してください。			