

令和8年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(事務補助(パート)＜障がい者対象＞)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 :) ファクシミリ : () 電子メール : (@) ※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。) ※電話以外の連絡方法(ファクシミリ、電子メール等)を利用することがありますので、ファクシミリ番号又は電子メールアドレスをご記載ください。
中央病院で働きたい理由 ※必ず記入してください。	

受 験 票			試験結果通知宛先								
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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
ふりがな			(住所)								
氏 名		(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 : _____)			
	_____ 年	_____ 月	(資格名 : _____)			
職 歴	1 あり 2 なし					
	(ありの場合、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。						

・左欄に掲げる障がいを確認することのできる書類のうち、該当するものにチェックをしてください。受験日当日に下記の手帳等をご持参ください。
・①～⑤の該当する部分に記入してください。

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体障がいをもつ者の 診断書・意見書 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 知的障がいがあると判定 を受けた機関の判定書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	① 交付番号		② 等級・程度	
	③ 交付機関		④ 交付年月 日	
	⑤ 障がい名			

試験の準備に必要ですので、該当する項目を○で囲んでください。

- ・ 車椅子を使用しますか。 はい いいえ
- ・ 補聴器を使用しますか。 はい いいえ
- ・ 意思伝達の方法は何ですか。（聴力障害又は音声・言語機能障害の方のみ記入）
口話法 筆話法
- ・ その他、受験に関して個別に対応を希望する事項があれば具体的に記入してください。

作文用紙

次のテーマについて、400字程度を目安に記述してください。

□課 題 私が仕事をするときに大切にしたいことについて

□氏 名 : _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

<必要に応じて裏面もご利用ください>

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				

令和8年度鳥取県立中央病院会計年度任用職員（障がい者対象）採用試験