

【令和6年6月1日採用】

鳥取県病院局 会計年度任用職員採用試験申込書  
 (事務補助職:身体障がい者、精神障がい者対象)

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。
従事希望職	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。
病院局で働きたい理由	※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								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> (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。

<p>最終学歴</p>	<p>学 校 名 : 卒 業 年 月 :                      年              月 ( 卒 業 ・ 卒 業 見 込 )</p>																					
<p>資 格 (パソコン技 能以外)</p>	<p>年 月 (資格名 : ) 年 月 (資格名 : ) 年 月 (資格名 : )</p>																					
<p>パソコン 技能に関 する資格</p>	<p>年 月 (資格名 : ) 年 月 (資格名 : )</p>																					
<p>職 歴</p>	<p>1 あり              2 なし</p> <p>(有りの場合、勤務時期・勤務箇所等を記載してください)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="352 674 791 712">勤 務 期 間</th> <th data-bbox="791 674 1142 712">勤 務 箇 所</th> <th data-bbox="1142 674 1410 712">業 務 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="352 748 791 786">年 月 ~ 年 月</td> <td data-bbox="791 748 1142 786"> </td> <td data-bbox="1142 748 1410 786"> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 815 791 853">年 月 ~ 年 月</td> <td data-bbox="791 815 1142 853"> </td> <td data-bbox="1142 815 1410 853"> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 882 791 920">年 月 ~ 年 月</td> <td data-bbox="791 882 1142 920"> </td> <td data-bbox="1142 882 1410 920"> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 949 791 987">年 月 ~ 年 月</td> <td data-bbox="791 949 1142 987"> </td> <td data-bbox="1142 949 1410 987"> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1016 791 1055">年 月 ~ 年 月</td> <td data-bbox="791 1016 1142 1055"> </td> <td data-bbox="1142 1016 1410 1055"> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="352 1084 791 1122">年 月 ~ 年 月</td> <td data-bbox="791 1084 1142 1122"> </td> <td data-bbox="1142 1084 1410 1122"> </td> </tr> </tbody> </table>	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			年 月 ~ 年 月		
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																						
年 月 ~ 年 月																						
<p>自己PR ※資格、経験など を踏まえて記入 してください。</p>																						

氏名： \_\_\_\_\_

・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。

・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	① 交付番号		② 等級・程度	
<input type="checkbox"/> 身体障がい有する旨の 診断書・意見書	③ 交付機関		④ 交付年月日	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	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、800字程度を目安に記述してください。

※ 点字による作成も可能です。

※ 点字の場合は、70行程度を目安に記述してください。  
(点字の場合、この作文用紙以外の使用可)

□課 題     私が仕事をするとき大切にしたいことについて

□氏 名 : \_\_\_\_\_