

※ この欄は記入しないでください。

申込み方法	持参・郵送
受付番号	

## 令和8年度 鳥取県会計年度任用職員（言語聴覚士）採用試験 受 験 申 込 書

私は、「令和8年度 鳥取県会計年度任用職員（言語聴覚士）採用試験」に申し込みます。  
なお、私は、この試験の募集案内の「3 受験資格」を満たしていることを申し添えます。

太枠を正確に記入してください

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日（ 歳）
連 絡 先	住 所：（〒 - ）
	電話番号：（携帯： ）（自宅： ）

- 1.提出書類の記載に虚偽、不正などがあると受験が無効となる場合があります。
- 2.連絡先は合否通知が確実に到着する場所（アパート、マンション等の棟、号室まで）を正確に記入してください。
- 3.試験日時の連絡及び採用する際には電話による意向確認を行う場合がありますので、確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。
- 4.受験に必要な書類をみれなく添付してください。