

令和7年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(看護師:フルタイム勤務、短時間勤務)
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。
勤務形態 ※希望する勤務 形態に☑して ください。	☐ フルタイム (日勤のみ) ☐ フルタイム (夜勤可能) ☐ パートタイム
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) ・ ㌥ 4 cm × ㌥ 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。

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。					