

令和7年度鳥取県立中央病院会計年度任用職員
(育休代替・歯科衛生士)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 :) ※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。)
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。
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) ・ 対 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	
(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				
	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。						