

切り取り線

令和8年度 知的障がい者・精神障がい者を対象とした
鳥取県会計年度任用職員(事務補助)
採用試験受験申込書

勤務場所:鳥取県教育委員会事務局教育総務課(鳥取県庁第2庁舎)

受験番号	※		
ふりがな			
氏名	(姓)	(名)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	歳(令和8年4月1日現在)	
現住所	〒		電話番号
連絡先	〒 (* 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。)		携帯電話番号など
最終学歴	学校名	在学期間	該当を○で囲む
		年 月 日から 年 月 日まで	卒業・卒業見込
しよくれき歴 (あたらしいものから順番に記入してください。)	勤務先	勤務期間	職務内容
	(最終)	年 月 日から 年 月 日まで	
	(その前)	年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	
		年 月 日から 年 月 日まで	

