

○申込み時は切り離さないで、「※」欄以外に記入等の上、提出してください。  
（「※」欄には何も記入しないでください。）

令和８年度鳥取県会計年度任用職員（身体障がい者対象）  
採用試験

受 験 票		
受験番号	※	
ふりがな		( 顔 写 真 )  ・ 4 cm × 3 cm ・ 6 ヶ月以内に無帽 で撮影したもの  ・ <u>申込み時に貼付</u>
氏 名		

試験日時：令和８年２月２５日（水）午前９時４５分から  
試験会場：鳥取県庁第２庁舎９階 第２０・２１会議室  
（鳥取市東町一丁目２７１）  
※本票は、試験当日係員が回収します。

切り取り線（試験当日は受験票のみ切り取ってお持ちください）

令和８年度鳥取県会計年度任用職員（身体障がい者対象）  
採用試験

受験番号（受験者控用）

※

切り取り線

採用試験合否結果通知宛先								
<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
(住所)								
(氏名)								
様								

※採用試験合否結果通知が到着する場所を記入してください。