

令和8年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員(管理栄養士、栄養士)  
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 : ) 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。
希望職種	①管理栄養士 ②栄養士 ※希望する職種に○をしてください。併願不可。
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)  ・ 約 4 cm × 3 cm ・ 6箇月以内に無帽で撮影したもの
ふがな		
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		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。			