

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	<p>住 所: (〒 - - -)</p> <p>電話番号: (自宅:) (携帯:)</p> <p>電子メールアドレス:</p> <p>※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。)</p> <p>※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。</p>
希望職種	<p>①管理栄養士 ②栄養士</p> <p>※希望する職種に○をしてください。併願不可。</p>
中央病院で 働きたい 理由 ※必ず記入して ください。	

受 験 票		試験結果通知宛先
受験番号	※	(住所) 〒 - - -
ふりがな		(氏名)
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。		