

令和8年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(薬剤師:フルタイム勤務、短時間勤務)
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 す る 勤 務 形 態	いずれかに○印をつけてください。 (1) フルタイム勤務 (2) 短時間勤務
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) ・ ㌔ 4 cm × ㌔ 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。	