

令和8年度鳥取県立中央病院会計年度任用職員(調理員)
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。
従 事 希 望 職 務	希望職務 : 理 由 : ※特に希望がある場合、具体的な業務内容とその理由を記載してください。
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) 〒 ー	
(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		
自己PR ※資格、経験など を踏まえて記入 してください。			