

令和8年度鳥取県立中央病院会計年度任用職員
(歯科衛生士)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 :) ※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。)
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) ・ 約 4 cm × 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					
	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。						