

**令和8年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(臨床心理士：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 (勤務の具体的な希望があれば記載してください。)
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) ・ 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） <table border="1"><thead><tr><th>勤務期間</th><th>勤務箇所</th><th>業務内容</th></tr></thead><tbody><tr><td>年 月～ 年 月</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月～ 年 月</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月～ 年 月</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月～ 年 月</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月～ 年 月</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	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		
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。																			