

**令和8年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員
(育休代替・看護助手)
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) ・ 対 4 cm × 3 cm ・ 6 か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。

作文用紙

次のテーマについて、800字程度で記述してください。
※必ず自書のこと。

□課 題 中央病院の看護助手として私にできること。

□職種： _____ □氏 名： _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

<裏面もご利用ください>

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				