

**令和8年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員  
(看護師:フルタイム勤務(日勤・夜勤・夜勤専従)及び短時間勤務、育休代替  
・看護師) 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。
勤務形態 <small>※希望する勤務形態に☑してください。</small>	<input type="checkbox"/> フルタイム (日勤のみ) <input type="checkbox"/> フルタイム (夜勤可能) <input type="checkbox"/> フルタイム (月1～3回) <input type="checkbox"/> フルタイム (月4回以上) <input type="checkbox"/> フルタイム (夜勤専従) <input type="checkbox"/> パートタイム
中央病院で 働きたい 理 由 <small>※必ず記入してください。</small>	

受 験 票		
受験番号	※	(顔 写 真)
別紙		・ 寸 4 cm × 3 cm ・ 6箇月以内に無帽で撮影したもの
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。			