

令和8年度 身体障がい者を対象とした鳥取県立学校会計年度任用職員
(事務補助)採用試験申込書

※受験番号		氏名		(ふりがな)		(写真貼付欄)	
生年月日		昭和 平成	年	月	日	年齢	歳 (R8.4.1現在)
現住所		〒					
連絡方法		(*希望するものに○を付け、記入してください。)					
		・電話 (番号)					
		・メール (アドレス)					
最終学歴		学 校 名		学部・学科・課程等		卒 業 年 月	
						昭和 平成 令和 年 月	
						卒 業 ・ 卒業見込	
資格免許 (パソコン 技能以外)		取得(授与)年月		資 格 ・ 免 許 名			
		昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月					
		昭和 平成 令和 年 月					
勤務を 希望する学校		勤務を希望する学校の()内に○を記入してください。※①の試験会場は鳥取県庁、②の試験会場は西部総合事務所になります。詳細については、募集案内をご確認ください。 () ①鳥取聾学校 () ②鳥取聾学校ひまわり分校					
パソコン技能		*各ソフトについて、該当する項目に○を記入してください。その他のソフトがあれば、記入してください。					
		ソフト名		概ね使用できる		あまり自信がない	
		エクセル					
		ワード					
		*特に指導を受けなくとも、文書等が作成できる場合には「概ね使用できる」としてください。					
受験に際して 配慮が必要な 事項		*受験に際して配慮が必要な方のみその旨具体的に記入してください。					

