

自 己 紹 介 書

鳥取県病院局

受験職種		受験番号	※		写真貼付 (縦4×横3cm程度)
氏 名	(フリガナ) _____		性別		
			(記入は任意)		
生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日	年齢 ※R9.4.1現在	歳	
現 住 所	(〒) (同居先 方) [電話(自宅・携帯)() -]				
メー ル ア ド レ ス	(フリガナ) _____ ※適性検査をこちらのアドレスにお送りします。「0(ゼロ)」や「o(オー)」、「-(ハイフン)」や「_(アンダーバー)」等の判別のため、フリガナをお願いします。				
連 絡 先 (家族など必ず連絡がとれる連絡先)	(〒) (同居先 方) [電話(自宅・携帯)() -]				
学 歴	(学部・学科等も記載)				年 月～ 年 月 卒・卒見・(学年)在
高等学校から記載					年 月～ 年 月 卒・卒見・(学年)在
					年 月～ 年 月 卒・卒見・(学年)在
					年 月～ 年 月 卒・卒見・(学年)在
職 歴	(勤務先名) (部課) (職務内容) (所在地) (在職期間) を記載 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月				
【臨床検査技師のみ】 勤務地の意向 希望順位を()に 記載してください。	() 県立中央病院 () 県立総合療育センター () 希望順位なし ・第2希望がない場合は、希望する勤務地だけに「1」と記載してください。 ・希望どおり配属されるとは限りませんのでご承知おきください。				
就職活動等の 状 況	(公務員関係)				
	(民間会社関係)				
	(進学・その他)				

※欄を除くすべての欄にもれなく記入し、写真を貼って提出してください。

受験職種		受験番号	※	氏 名	
受験職種を志した 動機・理由					
県職員を志望 した動機、理由					
地域や 学校で の活動 状況	項 目	活動の概要、期間等		特 記 事 項	
	クラブ 活動				
	ボランテ ィア活動				
	アルバイト 活動				
資格、免許等 ※受験資格となる資格 ・免許等は必ず記入（見 込み含む。） （学会認定資格等を含 む。）		名 称	取得（見込）年月	名 称	取得（見込）年月
性格、特技、趣味、 好きなスポーツ等					
自己ＰＲ（自分のセールスポイントを自由に記載してください。）					
今、鳥取県が取り組んでいる施策、事業を一つ挙げ、それに対する意見、感想を記載してください。					