

令和5年度 鳥取県立中央病院 会計年度任用職員  
 (薬剤師: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
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	※
ふりがな	(顔写真)  ・ 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。

