

**令和3年度 鳥取県立厚生病院
会計年度任用職員(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：) ※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。)

試験合格通知宛先	
□□□□□□□□	
(住所)	

(氏名)	様

※合格通知が確実に到着する場所を記入すること。