

# 鳥取市立病院 会計年度任用職員受験申込書

**写 真**  
 この枠内で  
 収まる大きさ  
 (縦4cm×横3cm以上)  
 (6ヵ月以内に撮影したもの)

A4用紙に両面印刷してください。

記入は黒のボールペンを使用してください。

※の項目は該当するものを○で囲んでください。

試 験 区 分	言語聴覚士		
ふ り が な 氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )	※性 別	男・女
現 住 所 (アパート名や部屋番号 なども記入)	〒 TEL (連絡の取れる電話番号)		
試験結果送付先住所 (現住所と同じ場合は 記入不要)	〒 TEL (連絡の取れる電話番号)		
学歴及び 職歴	学校名または勤務先	※期 間	
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月
		自	昭・平・令 年 月
		至	昭・平・令 年 月

資格・免許  受験資格以外の ものも可能な限り 記入してください	資格の種類	※取得年月		
		昭・平・令	年	月
		昭・平・令	年	月
		昭・平・令	年	月
		昭・平・令	年	月
		昭・平・令	年	月

<p>志望動機</p>
<p>働き方についての特記事項 (働き方について配慮が必要なことがあれば記入してください。)</p>

<p><b>署 名 欄</b></p> <p>私は、鳥取市立病院会計年度任用職員採用試験を受験したいので申込みます。          なお、私は地方公務員法第16条各号のいずれにも該当しておりません。          また、この申込書のすべての記載事項に相違ありません。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">氏名 (自署) _____</p>
--

《記入要領》

- 1 提出書類に虚偽の記載があると、合格しても採用されないことがあります。
- 2 署名欄は、受験者本人が記入してください。
- 3 受験申込みは、一人1職種に限ります。
- 4 学歴及び職歴が書ききれない場合は、用紙をコピーして使用してください。