

1. 相談支援包括化推進員を志望する理由をお書きください。

2. 相談支援包括化推進員としてどのようなことに力を入れたいですか。

3. 仕事に活かせると思うあなたの個性、能力、特技などをお書きください。

4. あなたが考える「地域共生社会」とは、どのようなものですか。

(切りはなしてはいけません)

鳥取市重層的支援体制整備事業 相談支援包括化推進員(会計年度任用職員)採用試験受験票

※受験番号	
-------	--

(氏名を記入すること。)

試験会場	鳥取市幸町71番地 鳥取市役所本庁舎6階 6-4会議室
------	--------------------------------

(ふりがな)	
氏名	

試験日 (受付時間)	令和7年2月27日(木) (受付時間: 13:00~13:30)
---------------	-------------------------------------

受験要領	1 試験当日は、必ず受付時間内に本票を受付に提示し、係員の指示に従ってください。 原則、 <u>遅刻者は受験できません。</u>
	2 受験の際は、 <u>本票、筆記用具(鉛筆かシャープペンシル、消しゴム)、時計</u> を必ず持参してください。
	3 敷地内禁煙です。

(留意事項)

注1) 記入事項に虚偽があると、受験が無効となる場合があります。

注2) 黒又は青のボールペン・万年筆を用い、※の欄を除くすべての欄にもれなく記入してください。

◎申込先

〒680-8571 鳥取市幸町151番地

鳥取市 総務部 人権政策局 鳥取市中央人権福祉センター

