

(必要事項を記入して、切り取らずにそのまま提出してください。)

た つ の 市 民 病 院
職 員 採 用 試 験
受 験 票

職 種		受 験 番 号	※
ふりがな			
氏名			
<p>写 真</p> <ul style="list-style-type: none">・ 申込前 6 か月以内に撮影したもの・ 上半身脱帽正面向・ 縦 6.5cm × 横 5.0cm			
※受付年月日 令和 年 月 日			受付者印
(注) ※印は、記入しないこと			

◎この受験票は、試験当日に受付で提示してください。