

受 験 票

病院企業職員採用試験

◇ ◇ 受 験 心 得 ◇ ◇

様式第1号(第3条関係)

(選考試験)

受験番号 ※	試験区分	※受付印
(ふりがな) 氏名	生年月日 平成 年 月 日生 昭和 満 歳	性別 <input type="checkbox"/>

※1. 試 験 日 : 令和3年9月5日(日)

2. 受 付 時 間 : 午前8時00分から午前8時40分まで

3. 試験開始時間 : 午前9時00分から

4. 試 験 場 : 小林市立病院2階 会議室

最終学校名	在学期間 年 月から 年 月
学部科名	○で囲む 卒業・卒業見込み

試験会場の駐車場は一般外来駐車場(病院北側)をご利用ください。

会場入口は時間外入口をご利用ください。

1. 試験当日は必ず受付時間内にお出席してください。
2. 受験の際は必ず受験票と筆記具(鉛筆<HB又はB>、消しゴムなど)を持参してください。
3. 受験票は、折りまげたり、汚したりしないでください。
4. 受験票は必ず写真票の下側に置いてください。
5. 試験当日受験票を持参しなかった受験者は、受験をお断わりします。受験票は、試験終了後に回収します。
6. 電子式計算機、電卓付腕時計(アラーム機能を含む。)は、持込みを禁止します。
7. 不正行為者は退場を命じます。

写 真 票

病院企業職員採用試験

受験番号 ※	試験区分
(ふりがな) 氏名	

最近3か月以内に撮影したもの

4.5cm	(写真貼付欄)
6.0cm	<ul style="list-style-type: none">▪ 申し込みのとき写真を貼ってください。▪ 写真裏面に氏名を記入してください。
	(帽子をつけなくて上半身正面向)

(下に住所・氏名を記入してください。
合格通知書等の宛先となります。)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(住所)	県						市郡
	町村						番地
							様方
(氏名)							様

※ 各票は切り取らずに提出してください。