

受 験 票

病院企業職員採用試験

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7年5月18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。

◇◇ 受 験 心 得 ◇◇

1. 試験当日は必ず受付時間内に出席してください。
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) |
| <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。 |
| 6.0cm |
| (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。