

取得(見込)年月	資格・免許 [資格・免許については取得見込みも記入してください。]
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

入院診療報酬請求事務に従事した期間 (DPC対象病院に限る)	病院名
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	
年 月 から 年 月 まで	

(志望動機)

泉大津市立病院職員採用試験受験票

<p>写 真 (タテ6.0cm×ヨコ5.0cm)</p> <p>※写真は、申込書に貼付したものと 同じものを貼ってください。</p>	試験区分 ※記入不要	1.		事務職(医事業務)
	受験番号			
	氏 名			

- ※ 試験当日この受験票を必ず持参してください。
- ※ 試験会場には食堂はありません。

----- 切り離さないでください。 -----

泉大津市立病院 職員採用試験 第1次試験案内

日 時 令和5年1月7日(土)

午前8時50分 集合 (受付は午前8時40分から行います。)

※遅参者は受験できない場合があります。

場 所 泉大津市立病院 7階 総務課

第一次試験会場案内図

