

泉大津市立病院職員採用試験申込書

(令和 年 月 日 現在)

ふりがな											(タテ6.0cm×ヨコ5.0cm) ・上半身、脱帽、正面向きで、最近3ヶ月以内に撮影したものを貼付してください。 ・写真の裏面には、氏名及び生年月日を記載してください。	
本人氏名	※自筆で記入してください。											
生年月日	昭和 年 月 日 生 (満 歳) 平成											
ふりがな											成績開示希望	
現住所	〒 - - - - - - - - -										有 ・ 無	
電話番号(自宅)	- - - - -					電話番号(携帯)	- - - - -					
メールアドレス												
ふりがな												
連絡先	〒 - - - - - - - - - ※現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。											
電話番号	- - - - -					呼出 ()方 試験結果の郵送先 : ☐ 現住所 ☐ 連絡先						

[illegible]

泉大津市立病院職員採用試験受験票

写 真 (タテ6.0cm×ヨコ5.0cm) ※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。	試験区分 ※記入不要	2.	言語聴覚士
		3.	作業療法士
	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。

----- 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6年10月5日(土)

集合時間は、申込み締切後、通知します。

※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

