

地方独立行政法人市立吹田市民病院職員採用候補者試験

受 験 票

| | | |
|--|--------------|-----|
| 受験する職種 | ※受験番号 | |
| 写 真 (縦 4.5 cm 横 3.5 cm) 申込書と同一の写真 を貼ってください。 | フリガナ | 性 別 |
| | 氏 名 | 男・女 |
| | 生年月日 | |
| | 年 月 日生 (満 歳) | |
| | ※受付印 | |

受験注意事項

- (1) 当日は必ず当院が指定する受付時間内に、試験会場に集合してください。
遅刻者は受験できません。
- (2) 一次試験会場への自転車、自動車及びバイクでの来場（送迎含む）はご遠慮ください。
- (3) 受験の際は、本票がないと受験できませんので、忘れずにお持ちください。
- (4) 試験会場では、係員の指示にしたがって行動してください。