

川口市職員採用試験受験確認票  
(大学推薦枠)

(写真欄)  
1 申込みの際は  
必ず写真を貼って  
ください  
2 写真はタテ4cm  
ヨコ3cm、上半身  
脱帽正面向で3ヶ月  
以内に撮影したもの

受験番号	—
------	---

職 種	助産師 ・ 看護師 (○で囲む)
氏 名	(ふりがな) _____
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成
性 別	

川口市職員採用試験受験確認票  
(大学推薦枠)

(写真欄)  
1 申込みの際は  
必ず写真を貼って  
ください  
2 写真はタテ4cm  
ヨコ3cm、上半身  
脱帽正面向で3ヶ月  
以内に撮影したもの

受験番号	—
------	---

職 種	助産師 ・ 看護師 (○で囲む)
氏 名	(ふりがな) _____
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成
性 別	

----- 切り取らないで提出してください -----

----- 切り取らないで提出してください -----

川口市職員採用試験受験票  
(大学推薦枠)

◇試験日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(土)  
◇集合時間 :  
◇試験会場 医療センター2階 第2会議室

受験番号	—
職 種	助産師 ・ 看護師 (○で囲む)
氏 名	(ふりがな) _____

受 験 心 得

- 1 試験当日は、鉛筆 (HB 3本以上、シャープペンシル等不可)、消しゴムを持参して下さい。
- 2 試験会場には自家用車では来ないでください。
- 3 試験会場は施設内全面禁煙です。

川口市西新井宿180番地  
川口市立医療センター庶務課  
048-287-2525 (内線2213)

川口市職員採用試験受験票  
(大学推薦枠)

◇試験日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(土)  
◇集合時間 :  
◇試験会場 医療センター2階 第2会議室

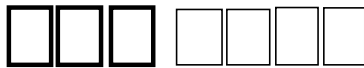
受験番号	—
職 種	助産師 ・ 看護師 (○で囲む)
氏 名	(ふりがな) _____

受 験 心 得

- 1 試験当日は、鉛筆 (HB 3本以上、シャープペンシル等不可)、消しゴムを持参して下さい。
- 2 試験会場には自家用車では来ないでください。
- 3 試験会場は施設内全面禁煙です。

川口市西新井宿180番地  
川口市立医療センター庶務課  
048-287-2525 (内線2213)

郵便はがき



郵送申込の方は、必ず  
62円切手を貼って  
下さい。

(住所)

-----

(同居先)

-----

様方

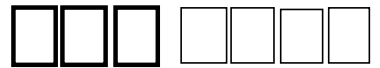
-----

様

注 様は書き換えないでください。

差出人 〒333-0833  
川口市西新井宿180番地  
川口市立医療センター庶務課庶務係  
電話 048-287-2525 (内線 2213)

郵便はがき



郵送申込の方は、必ず  
62円切手を貼って  
下さい。

(住所)

-----

(同居先)

-----

様方

-----

様

注 様は書き換えないでください。

差出人 〒333-0833  
川口市西新井宿180番地  
川口市立医療センター庶務課庶務係  
電話 048-287-2525 (内線 2213)