

川口市職員採用試験受験確認票

(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 -----

川口市職員採用試験受験票

- ◇試験日 2019年 月 日(土)
 ◇集合時間 9:15
 ◇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病院総務課職員係
 048-287-2525 (内線2212)

川口市職員採用試験受験確認票

(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 -----

川口市職員採用試験受験票

- ◇試験日 2019年 月 日(土)
 ◇集合時間 9:15
 ◇試験会場 医療センター2階 第2会議室

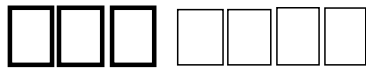
受験番号	—
職 種	助産師・看護師 (○で囲む)
氏 名	(ふりがな) _____

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病院総務課職員係
 048-287-2525 (内線2212)

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

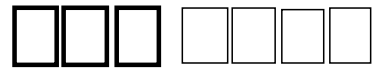
.....

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病院総務課職員係
電話 048-287-2525 (内線 2212)

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病院総務課職員係
電話 048-287-2525 (内線 2212)