

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	診療放射線技師
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 平成30年10月11日(木)
- ◇集合時間 午前10時20分
- ◇職 種 診療放射線技師
- ◇試験会場 川口市人財育成センター

受験番号	—
職 種	診療放射線技師
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	診療放射線技師
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 平成30年10月11日(木)
- ◇集合時間 午前10時20分
- ◇職 種 診療放射線技師
- ◇試験会場 川口市人財育成センター

受験番号	—
職 種	診療放射線技師
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)