

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 _____
試験日	_____ 月 _____ 日

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 _____
試験日	_____ 月 _____ 日

----- 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

◇試験日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(土)
◇受付時間 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、ボールペン、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

川口市職員採用試験受験票

◇試験日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(土)
◇受付時間 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) _____

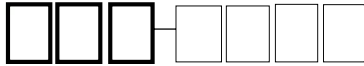
受 験 心 得

- 1 試験当日は、ボールペン、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

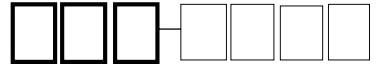
郵便はがき

郵送申込の
の方は、必
ず52円分
の切手を貼
って下さい。



郵便はがき

郵送申込の
の方は、必
ず52円分
の切手を貼
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。

(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)

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)