川口市職員採用試験受験確認票
（研　修　医）

（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４㎝ヨコ３㎝、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	－

受験コース	総合
氏　　名	（ふりがな）
生年月日	年　　月　　日生

川口市職員採用試験受験確認票
（研　修　医）

（写真欄）

記入例

2　写真はタテ４㎝ヨコ３㎝、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	－

受験コース	総合
氏　　名	（ふりがな）かわぐち　はなこ 川口　花子
生年月日	２００１年　５月　１日生

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
（研　修　医）

受験番号	－
試 験 日	令和８年　１月２２日（木）
集合時間	
集合場所	
受験コース	総　合
氏　　名	（ふりがな）

川口市職員採用試験受験票
（研　修　医）

受験番号	－
試 験 日	令和８年　１月２２日（木）
集合時間	
集合場所	
受験コース	総　合
氏　　名	（ふりがな）かわぐち　はなこ 川口　花子

郵　便　は　が　き

申込の方は
必ず返信分の
切手（85円）
を貼っ
い。

記入例

3 3 2 8 6 0 1

（住所）

川口市青木２－１－１

（同居先）

様方

川口　花子　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 2215）

郵　便　は　が　き

申込の方は
必ず返信分の
切手（85円）
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 2215）