

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 cm
ヨコ3 cm、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 cm
ヨコ3 cm、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) <u>かわぐち はなこ</u> 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	第1回 8月20日(水) 第2回 8月21日(木) 第3回 8月29日(金)
集合時間	
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	第1回 8月20日(水) 第2回 8月21日(木) 第3回 8月29日(金)
集合時間	
受験コース	総合
氏 名	(ふりがな) <u>かわぐち はなこ</u> 川口 花子

郵便はがき

申込の方は
必ず返信分の
切手（85円）
を貼つ
い。

3 3 2 8 6 0 1

記入例

(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）