

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	—
------	---

受験コース	総合
氏 名	(ふりがな) _____
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成
性 別 (○で囲む)	男 ・ 女

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	—
------	---

受験コース	総合
氏 名	(ふりがな) _____
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 平成
性 別 (○で囲む)	男 ・ 女

----- 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)

◇試験会場 川口市立医療センター2階 第2会議室

受験番号	—
試験日 集合時間	2020年8月18日(火) 12:30 2020年8月21日(金) 12:30
受験コース	総合
氏 名	(ふりがな) _____

受 験 心 得

- 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。
- 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
048-287-2525 (内線2212)

川口市職員採用試験受験票
(研修医)

◇試験会場 川口市立医療センター2階 第2会議室

受験番号	—
試験日 集合時間	2020年8月18日(火) 12:30 2020年8月21日(金) 12:30
受験コース	総合
氏 名	(ふりがな) _____

受 験 心 得

- 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。
- 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
048-287-2525 (内線2212)

郵便はがき

郵送申込の方は、必ず
63円切手を貼って
下さい。

--	--	--	--	--	--	--

郵送申込の方は、必ず
63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)

(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)