

資格・免許	資格(免許)取得(見込)年月日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日
趣味・特技	自覚している性格
豊橋市民病院へ就職を希望する理由	
自己PR(これだけは他人に負けないこと)	

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。
 なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。
 また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

平成 年 月 日

豊橋市長 佐原光一 様

本人氏名



郵便はがき

52円
切手貼付

□□□-□□□□

(宛先)

(氏名) 様

〒441-8570 豊橋市青竹町字八間西50番地
豊橋市民病院 管理課職員担当

注意事項

- ※印以外を必ず記入してください(上の宛先等も必ず記入してください。)
- 試験当日は、必ずこの受験票を持参してください。
- 試験当日は、HBの鉛筆、ボールペン、消しゴム及び昼食を必ず持参してください。
なお、時計は計時機能だけのものに限りです。
- 受験票に受験番号、受付印のない場合は、直ちに申し出てください。
- 試験当日は原則として試験終了まで会場からの外出は出来ません。
- 試験場内においては、自分の持ち物の保管に十分注意して、忘れ物等のないようにしてください。

(豊鉄バス「豊橋市民病院前」下車)

豊橋市民病院職員採用候補者試験

受付

受験票

※試験区分		※受験番号
平成 30 年 度 新 規	<input type="checkbox"/> 助産師(第1回)	第 号
	<input type="checkbox"/> 助産師(第2回)	
	<input type="checkbox"/> 看護師(第1回)	
	<input type="checkbox"/> 看護師(第2回)	

- 試験会場 豊橋市民病院
- 試験日 第1回:平成29年5月27日、6月3日
第2回:平成29年6月24日、7月1日
- 集合時間 午前 9 時 00 分

住 所	
氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

豊橋市民病院 管理課職員担当

(裏面の「注意事項」をよく読んでください。)