



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

62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ません。
- 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 号
	<input type="checkbox"/> 看護師	

- 試験会場 豊橋市民病院
- 試験日 平成29年10月14日(土)
- 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。)