郵便はがき

６３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

1 ※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。）
2 試験当日は、必ずこの受験票を持参してください。
3 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す。
4 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。
5 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。
6 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）

受付

豊橋市民病院職員採用候補者試験

受 験 票

※試験区分	※受験番号
＜令和3年度採用＞ □ 臨床検査技師 □ 言語聴覚士 □ 臨床工学技士 □ 薬剤師	第　　号

1 試験会場　　豊橋市民病院
2 試 験 日　　令和2年8月29日（土）
3 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	□ 男　　□ 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。）