

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

- ※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
＜令和3年度採用＞	
☐ 言語聴覚士	
☐ 臨床工学技士	第 号
☐ 薬剤師	

- 試験会場 豊橋市民病院
- 試験日 令和2年10月24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	☐ 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。)