

写真貼付

写真は、上半身の脱帽・正面向きを申込前3か月以内

縦4.5cm×横3.5cm

受付印

受験票

※受験番号	—
応募職種	氏名
医療技術職 (言語聴覚士)	昭和 平成 年 月 日生まれ (歳)

※受験番号	ふりがな 氏名
—	平成 年 月 日生まれ (歳)
最終学校	卒業 卒業見込
現住所	

注 ※印の欄は、記入しないこと

一次試験日	時間
令和2年1月19日(日)	9時30分集合
場 所 市立芦屋病院 病棟2階 講堂 芦屋市朝日ヶ丘町39番1号 阪急「芦屋川駅」又はJR「芦屋駅」からバス「芦屋病院前」下車 (自家用車はご遠慮下さい)	
注意事項 1 試験会場では、必ず係員の指示に従うこと 2 試験開始30分以後の入場は認めません 3 試験科目は、募集要項等を参照のこと 4 当日持ってくるもの 受験票 筆記用具(HB鉛筆、消しゴム)	

市立芦屋病院