

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

H29 - J

応募職種

医療専門事務職

氏名

昭和 年 月 日生まれ (歳)
平成

※受験番号	ふりがな 氏名
H29 - J	昭和 年 月 日生まれ (歳) 平成
最終学歴	
卒業	
現住所	

※一次試験日	※時間
平成29年7月30日(日)	9時15分集合
<p>場 所</p> <p style="text-align: center;">市立芦屋病院 病棟2階 講堂</p> <p style="text-align: center;">芦屋市朝日ヶ丘町39番1号</p> <p>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)</p>	
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、消しゴム等)、昼食 	

注 ※印の欄は、記入しないこと

市立芦屋病院