

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 - M

応 募 職 種

医療専門事務職

(医療ソーシャルワーカー)

氏 名

昭和
平成 年 月 日生まれ (歳)

※受験番号	ふりがな 氏 名
H29 - M	昭和 平成 年 月 日生まれ (歳)
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
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	
<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 	

市立芦屋病院

注 ※印の欄は、記入しないこと