

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

事 一

応募職種

氏 名

医療専門事務職

昭和  
平成 年 月 日生まれ ( 歳)

※受験番号	ふりがな 氏 名
事 一	昭和 平成 年 月 日生まれ ( 歳)
最終学歴	卒 業 卒業見込
現住所	

※試験日	※時 間
平成30年7月28日(土)	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 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)	

注 ※印の欄は、記入しないこと

市立芦屋病院