

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

薬 一

応募職種

薬剤職

氏名

昭和 年 月 日生まれ ( 歳)  
平成

※受験番号	ふりがな 氏名
薬 一	昭和 年 月 日生まれ ( 歳) 平成
最終学歴	
卒業 卒業見込	
現住所	

※試験日	※時間
平成30年9月19日(水)	13時 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"> <li>1 試験会場では、必ず係員の指示に従うこと</li> <li>2 試験開始20分以後の入場は認めません</li> <li>3 試験科目は、募集要項等を参照のこと</li> <li>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)</li> </ol>	

注 ※印の欄は、記入しないこと

市立芦屋病院