

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4cm×横3cm

受 付 印

## 受 験 票

※ 受 験 番 号

H29 - 初期臨床研修医

応 募 職 種

初期臨床研修医

氏 名

昭和  
平成 年 月 日生まれ ( 歳)

※受験番号	ふりがな 氏 名
H29 - 初期臨床研修医	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 29 年 8 月 17 日 ( 木 )	14:00
<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30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>	

市立芦屋病院

注 ※印の欄は、記入しないこと