

美祢市病院等事業
職員採用試験受験票
(令和3年4月採用試験用)

写真貼付欄

- ・ 申込前6ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもの
- ・ 縦4cm×横3cm

※受験番号	
受験職種	臨床検査技師
ふりがな	
氏名	

- ・ 青か黒のインク又はボールペンで記入してください。
- ・ ※欄は記入しないでください。

1. 試験日 (※)
令和 年 月 日 ()

2. 試験会場 (※)

3. 受付時間 (※)
_____ 時 分 ~ _____ 時 分 まで

4. 試験開始時刻 (※)
_____ 時 分

5. 携行品
○ 受験票 (本票)
○ 筆記用具

試験当日は、この受験票を必ず持参し、受付に提示してください。

美祢市病院等事業職員採用試験の受験申込みについて

○ 受験申込書、受験票 (この用紙の上半分)、取得免許証の写し等の必要書類を提出してください。

提出するもの	注 意 事 項
受験申込書 受験票	・ 必要事項を、<u>本人の自筆</u>により、黒か青のインク又はボールペンで、漏れなく記入すること。(※欄は記入しない。) ・ 特に受験申込書の最下段の「申込初記載日」及び「氏名 (自署)」の漏れがないようにすること。 ・ <u>受験申込書、受験票の両方に写真を貼ること</u>。(申込前6ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもの。縦4cm×横3cm)
取得免許証の写し等の必要書類	・ 現在在学中の方は、<u>在学中の学校の成績証明書及び卒業 (見込み) 証明書</u>を提出してください。 ・ 既に免許を取得されている方は、<u>最終学校の成績証明書及び取得免許証の写し</u>を提出してください。 ・ 取得免許証の写しについて、<u>取得見込みの方は取得後の提出</u>となります。

○ 提出先 美祢市病院事業局管理部経営企画室

〒759-2212 美祢市大嶺町東分11313-1 TEL (0837) 52-1700

※郵送の場合は、封筒の表に「採用試験受験申込書在中」と朱書し、送付してください。

○ 受付期間 令和3年2月5日 (金) まで 8:30~17:15 (土・日・祝を除く。)

郵送の場合、令和3年2月5日 (金) 必着となります。