美祢市病院等事業
職員採用試験受験票
（令和９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４㎝×横３㎝

※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

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。

✂------キ-----リ-----ト-----リ----------

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、**本人の自筆**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「申込書記載日」及び「氏名（自署）」の漏れがないようにすること。 ・ **受験申込書、受験票の両方に写真を貼ること**。（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４㎝×横３㎝）
取得免許証の写し等の必要書類	・**在学中の学校の成績証明書及び卒業（見込み）証明書**を提出してください。 ・ 取得免許証の写しについて、**免許取得後に提出**してください。

○ 提出先　**美祢市病院事業局管理部経営改革推進室**

〒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９年１月29日（金）まで**　８時30分～17時15分（土・日・祝を除く。）

郵送の場合、令和９年１月29日（金）必着となります。