

地方独立行政法人市立吹田市民病院職員採用候補者試験

受 験 票

受験する職種 助産師	※受験番号	
写 真 (縦 4.5 cm 横 3.5 cm) 申込書と同一の写真 を貼ってください。	フリガナ	性 別
	氏 名	
	生年月日 年 月 日生 (満 歳)	
	※受付印	

受験注意事項

- (1) 当日は必ず指定の時刻までに、試験会場に集合してください。
遅刻者は受験できません。
- (2) 試験会場への自動車での来場は、ご遠慮ください。
- (3) 受験の際は、本票がないと受験できませんので、忘れずにお持ちください。
- (4) 試験会場では、試験係員の指示にしたがって行動してください。