

置賜広域病院企業団職員採用試験受験申込書

ふりがな				職 種	
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日 平成		※ 受 験 番 号
住 所 (〒) (Tel)				性別	試験会場
				男・女	公立置賜総合病院 研修室1等
試験結果連絡先 (〒) (Tel)					
学 歴	学校(養成機関)名 <small>(現在・最終)</small>	学部・学科	期 間 年 月 ~ 年 月	卒・卒見込 卒・ 卒見込	
	<small>(その前)</small>		年 月 ~ 年 月	卒・ 中退	
職 歴	勤 務 先 <small>(現在・最終)</small>	職務内容	所在地	期 間 年 月 ~ 年 月	
	<small>(その前)</small>			年 月 ~ 年 月	
受 験 に 関 係 の あ る 資 格					
名 称		登録番号	取 得 年 月 日		
私は、地方公務員法第16条のいずれにも該当しておりません。 また、申込書のすべての記載事実は事実と相違ありません。 年 月 日 氏 名(自 筆)					

写 真 欄

次のような写真をその裏面全体にのりをつけてはってください。

- ・申込前3ヵ月以内撮影
- ・脱帽、上半身、正面向
- ・縦4.0cm、横3.0cm

(注)写真のない場合は、申込みを受理しません。

(年 月 撮影)

置賜広域病院企業団職員採用試験

受 験 票

職 種	
※受験番号	
ふりがな	
氏 名	

◎試験日時 令和 年 月 日()
 集合時間 午前 時 分
 ※受験者と調整のうえ決定します。

◎試験会場 公立置賜総合病院
 裏面の注意事項をお読みください

◎試験日程

	種 目	時 間
薬剤師 言語聴覚士 精神保健福祉士	日程説明	10分程度
	小論文試験	60分
	適性検査	20分
	面接試験	15分程度

※受付日	
------	--

- (注) 1 性別、卒・卒見込欄は○で囲んでください。
 2 ※欄は記入しないでください。
 3 受験に関することで、特殊な事情がある場合は裏面に記入してください。

※受付日	
------	--

◎ 受験注意事項 ◎

- ・ 本票（受験票）を必ず持参してください。
- ・ 試験当日は、本票のほか筆記用具（HBの鉛筆、消ゴム等）を持参のうえ、定刻までおいでください。
- ・ 試験当日は、館内の案内表示及び係員の指示に従ってください。
- ・ 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限ります。
- ・ 昼食は、各自で準備いただくか、院内の売店等をご利用ください。
- ・ ゴミは各自お持ち帰りください。
- ・ 新型コロナウイルス感染拡大防止のため、必ずマスクを着用して受験してください。

置賜広域病院企業団事務局総務課

〒992-0601

山形県東置賜郡川西町大字西大塚2000番地

TEL 0238-46-5000

soumu@okitama-hp.or.jp

通信欄

受験に関することで、特殊な事情がある場合、記入してください。