

置賜広域病院企業団職員採用試験受験申込書					職 種	
ふりがな			生年月日	昭和 平成	※ 受 験 番 号	
氏 名						
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		学部・学科	期 間	卒・卒見込	
	(現在・最終)			年 月 ~ 年 月	卒・ 卒見込	
	(その前)			年 月 ~ 年 月	卒・ 中退	
職 歴	勤 務 先		職務内容	所在地	期 間	
	(現在・最終)				年 月 ~ 年 月	
	(その前)				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)						

(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	
------	--

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

	種 目	時 間
薬剤師 理学療法士 作業療法士	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	
------	--

◎ 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です。
- ・ 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。