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　　年　　月　　日	※ 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 研修室等
試験結果連絡先（〒　　）（TEL　　）		

	学校(養成機関)名	学部・学科	期　間	卒・卒見込
学歴	(現在・最終)		年　月　～　年　月	卒・卒見込
	(その前)		年　月　～　年　月	卒・中退

	勤　務　先	職務内容	所在地	期　間
職歴	(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

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)

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　　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 (薬剤専門員)	日程説明	10分程度
	小論文試験	60分
	面接試験	15分程度

※別途、事前の適性検査あり

※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。

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
℡ 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。