

# 令和 6 年度

## 旭川市職員採用候補者資格試験受験票

受験職種	技術（臨床検査技師）	受験番号 (記入不要)	
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生
最終学校名			
卒業年月	昭和・平成・令和	年	月 卒業・卒業見込
住所	〒		—
	電話（		） —

(写真のり付け)

写真は最近6か月以内に撮影したもので上半身・無帽・正面向きの顔写真のこと

・裏面に氏名記入  
・縦4cm×横3cm

令和 年 月撮影

### 受験者の皆さまへ

恐れ入りますが、

受験票は、両面で印刷をしていただくか、

片面で印刷した場合、表裏貼り付けしていただきますよう、

お願いいたします。

**1 試験日時**

令和 年 月 日 ( ) 時 分までに着席 ( 時 分頃に終了予定です。)

---

**2 集合場所**

市立旭川病院 外来棟3階 ( ) 会議室 (北海道旭川市金星町1丁目1番65号)

**3 当日は、この「受験票」、鉛筆、消しゴムを忘れず持参してください。**

※ 受験票がない場合は、原則として受験できません。

**4 当日は、時間を厳守してください。**

**5 試験会場に自家用車で来られる方は、第2駐車場(有料：1時間100円、以降30分ごとに50円)を御利用ください。**

**6 論文試験の際は、ブックタイプの辞書又は電子辞書の持ち込みを可とします(インターネットに接続できるものは不可。)**

○ なお、不明な点は市立旭川病院 事務局 経営管理課 総務係にお問い合わせください。

電話(0166)24-3181 (内線 5512,5513)