

旭川市職員採用候補者資格試験受験票

受験職種	技術（助産師・看護師）	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。

○ 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)