

令和2年度
旭川市職員採用候補者資格試験受験票

受験職種	薬剤師	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		年 月	卒・卒見込
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)

1 試験日時

_____年 月 日() 時 分までに着席(時頃に終了予定です。)

2 会場

市立旭川病院(旭川市金星町1丁目1-65)

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)