令和７年度

旭川市職員採用候補者資格試験受験票

受験職種	事務（地域医療連携課）	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

（　　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７年１１月５日（水）午前　　時　　分までに着席（　　　　頃に終了予定です。）

2　集合場所

市立旭川病院　外来棟３階　中会議室　（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）