

## 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  | 技術（臨床検査技師）   | 受験番号<br>(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 7 年 1 0 月 1 6 日（木） 9 時 2 5 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（中）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）