

年	月	日	賞罰
昭和・平成 令和	年		
昭和・平成 令和	年		

資格・免許	資格(免許)取得(見込)年月日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
	昭和・平成・令和 年 月 日
趣味・特技	自覚している性格
豊橋市民病院へ就職希望する理由	
自己PR(これだけは他人に負けないこと)	

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。
 なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。
 また、この申込書のすべての記入事項に相違ありません。

年 月 日

豊橋市長 佐原光一 様

本人氏名



郵便はがき

62円
切手貼付

□□□□-□□□□

(宛先)

(氏名) 様

〒441-8570 豊橋市青竹町字八間西50番地
豊橋市民病院 管理課 職員担当

注意事項

- 1 ※印以外を必ず記入してください(上の宛先等も必ず記入してください。)
- 2 試験当日は、必ずこの受験票を持参してください。
- 3 試験当日は、HBの鉛筆、ボールペン、消しゴム及び昼食を必ず持参してください。
なお、時計は計時機能だけのものに限りませう。
- 4 受験票に受験番号、受付印のない場合は、直ちに申し出てくたさい。
- 5 試験当日は原則として試験終了まで会場からの外出は出来ませう。
- 6 試験場内においては、自分の持ち物の保管に十分注意して、忘れ物等のないようにしてください。

(豊鉄バス「豊橋市民病院前」下車)

豊橋市民病院職員採用候補者試験

受付

受験票

※試験区分	※受験番号
<令和2年度採用> <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 薬剤師	第 号

- 1 試験会場 豊橋市民病院会議室
- 2 試験日 令和元年6月9日(日)
- 3 集合時間 午前 9 時 00 分

住 所	
氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

豊橋市民病院 管理課職員担当
(裏面の「注意事項」をよく読んでください。)