

令和 4 年度豊後大野市病院企業職員 採用試験受験票

※受 験 番 号			
職 種		☐ 社会福祉士 ☐ 薬剤師	
ふりがな		性 別	
氏 名		☐ 男 ☐ 女	
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日 生	

- ・※印欄以外はすべて記入してください。
- ・黒色のボールペンで記入してください。

- 試 験 日 令和 5 年 1 月 1 4 日（土）
- 受 付 時 間 午前 8 時 1 5 分 ～ 8 時 3 0 分
- 試験開始時間 午前 8 時 3 0 分～
- 試 験 会 場 豊後大野市民病院 会議室
- 携 行 品 HB の鉛筆、消しゴム、腕時計
- 受 験 心 得

(写 真)

写真の裏に氏名を記載してください。
(縦 4 cm×横 3 cm)

- ①試験当日は、受付時間内に必ずおいでください。
遅刻の場合は受験できないことがありますので
注意してください。
- ②試験会場では、試験員の指示に従って行動してください。
- ③試験当日は、この受験票を必ず持参し、受付時に
提示してください。なお、受験票は受付時に回収
しますので、受験番号を必ず控えておいてくだ
さい。
- ④病院敷地内は禁煙となっております。

(受付印)

豊 後 大 野 市 民 病 院