

写真貼付

写真は、上半身の脱帽・正面向きを申込前3か月以内

縦5.5cm×横3.5cm

受 付 印

受 験 票

	※ 受 験 番 号 —
応 募 職 種 看護職	氏 名 昭和 平成 年 月 日生まれ (歳)

※受験番号 —	フリガナ 氏 名 昭和 平成 年 月 日生まれ (歳)
最 終 学 校 卒 業 卒業見込	
現 住 所	

試 験 日 平成 年 月 日 ()	時 間 時 分～
場 所 市立芦屋病院 南病棟1階 講義室 芦屋市朝日ヶ丘町39番1号 阪急「芦屋川駅」又はJR「芦屋駅」からバス「芦屋病院前」下車 (自家用車はご遠慮下さい)	
注意事項 1 試験会場では、必ず係員の指示に従うこと 2 試験開始30分以後の入場は認めません 3 試験科目は、募集要項等を参照のこと 4 当日持ってくるもの 受験票 筆記用具(HB鉛筆、消しゴム等)	

注 ※印の欄は、記入しないこと

市立芦屋病院