

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4.5cm×横3.5cm

受 付 印

受 験 票

※ 受 験 番 号

放 一

応 募 職 種

医療技術職
(診療放射線技師)

氏 名

昭和 年 月 日生まれ (歳)
平成

※受験番号	ふりがな 氏 名
放 一	昭和 年 月 日生まれ (歳) 平成
最 終 学 歴	
卒 業	
現 住 所	

注 ※印の欄は、記入しないこと

※試験日	※時 間
平成30年6月9日(土)	9時45分集合
場 所	
市立芦屋病院 病棟2階 講堂	
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	
<ol style="list-style-type: none"> 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) 	

市立芦屋病院