

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

看－R5

応 募 職 種

看護職

氏 名

昭和 年 月 日生まれ（ 歳）
平成

試 験 日

令和5年10月21日(土)

時 間

9時30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

- 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

※受験番号

看－R5

フリガナ
氏 名

昭和 年 月 日生まれ（ 歳）
平成

最 終 学 校

卒 業
卒業見込

現 住 所

注 ※印の欄は、記入しないこと