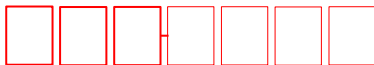


62円切手をはってください。



(あて先)

方

(氏名)

様

あて先・氏名は正確に記入してください。

＊

受 験 心 得

- 1 試験当日は指定の時刻までに着席できるよう余裕をもって集合してください(午前8時30分以降は入室できません。)
- 2 受験の際は本票、筆記用具(鉛筆、消しゴムなど)を持参してください。
- 3 この受験番号は、この試験を通じてあなたの番号となりますので、よく記憶してください。

平成29年度

伊万里・有田地区医療福祉組合職員採用試験(4/1採用)

受 験 票

試験 区分		受 験 番 号			
(ふりがな)					
氏 名					

※試験区分及び氏名を記入して下さい。

試験日

平成30年2月15日(木)

午前8時20分集合

試験会場

伊万里有田共立病院会議室(B1F)

受付日付印