受　験　票

薬剤師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

※ 受験票送付の**宛先となる郵便番号，住所，氏名，試験区分，職種を所定欄に記入**し，点線に沿って切り取り，

はがきサイズの用紙の両面にはがれないようにしっかりと貼り付けてください。

なお，**この用紙はＡ４横版です。拡大・縮小はしないでください。**

|  |  |
| --- | --- |
| はがきサイズの用紙の片面に貼付してください。 | はがきサイズの用紙のもう一方の面に貼付してください。 |
| （〒　　　-　　　　）住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　様方）　氏名　　　　　　　　　　　様(差出人)気仙沼市病院事業局経営管理部総務課総務係〒988-0181　気仙沼市赤岩杉ノ沢８番地２電話　0226-22-7100（内線5204）令和５年度　第２回気仙沼市病院事業職員採用試験受　験　票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試験区分 | 職種 | 受験番号 |
| 日時　令和５年９月17日(日)午後１時着席 |
| 会場　気仙沼市立病院　１階会議室 |

 | 注意事項（全試験共通）１　試験当日は，表記の時間までに着席できるよう余裕をもってお出でください。試験開始時刻に遅れた方は，原則として受験できません。２　受験の際は，この受験票と筆記用具（ＨＢの鉛筆，消しゴム等）を持参してください。３　受付にこの受験票を提示し，指定された試験室に入ってください。４　受験票は，試験時間中係員の見やすいように机の上に置いてください。そのほか机の上には，こちらから渡したもの，筆記用具及び時計以外のものは置いてはいけません。５　試験時間中は，携帯電話等の使用を固く禁じます。使用を確認した場合は，受験資格を失うことがあります。

|  |
| --- |
| 〔気仙沼市病院事業局からの通信欄〕 |

 |