

地方独立行政法人長崎市立病院機構職員採用試験受験票

試験職種	受験番号	写真貼付 採用試験申込書と 同じ写真を 貼ってください。 縦4cm×横3cm
薬剤師	Y	
ふりがな	生年月日	
氏名	昭和・平成 年 月 日	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 満 歳 (R5.4.1 現在)	

- ・性別は、いずれかに☑をつけてください。
- ・受験番号の欄には、記入しないでください。

[注意事項]

受験にあたり、試験案内をよくご覧ください。

地方独立行政法人長崎市立病院機構事務部総務課

☎095-822-3251 (内線 3715)