

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	
視能訓練士		
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)	
<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>写真貼付</b></p> <p>採用試験申込書と 同じ写真を 貼ってください。</p> <p>縦 4cm×横 3cm</p> </div>		

- ・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]

- 1 試験日時・試験会場は試験案内をよくご覧ください。
- 2 試験当日は、必ず定刻までに試験会場にお越しくください。  
試験開始時刻に遅刻した場合は、受験できないことがあります。
- 3 受験の際は必ず受験票と筆記用具（HB又はBの鉛筆、消しゴム等）、その他指定された用具を持参してください。
- 4 携帯電話を時計の代用品として使用することはできません。

地方独立行政法人長崎市立病院機構 事務部人事課人事給与係

☎095-822-3251 (内線 3715)