

年	月	免許・資格

通勤片道約時間分	最寄駅	線	駅
----------	-----	---	---

扶養家族（配偶者除く） 人	配偶者 有・無	配偶者の扶養義務 有・無
------------------	------------	-----------------

特技・趣味・得意科目等

志望の動機

本人希望記入欄（特に給料・職種・勤務時間・勤務地・その他についての希望などがあれば記入）

保護者（本人が未成年者の場合のみ記入）

ふりがな	ふりがな	電話（ ）
氏名	現住所 〒	—
		FAX（ ）
		—

令和5年度（2023年度）
市立池田病院職員採用候補者試験

受 験 票

写 真 履歴書と同一の写真 を貼付してください。	職種 事務		※受験番号	
	ふりがな		性別	※受付
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		

----- < 折 り 線 > -----

◎注意事項

- (1) 試験の申込み受付後、この受験票は、受験の際に必要なですので、試験当日は忘れずにお持ちください。
- (2) 試験当日、受験票を忘れた場合や写真を貼っていない場合は、受験できません。
- (3) 当日は必ず指定の時刻までに集合してください。遅刻者は受験できません。
- (4) 筆記用具（鉛筆HB3本程度、消しゴム、鉛筆けずり等）を必ずお持ちください。
- (5) 試験場では試験係員の指示に従って行動してください。
- (6) 試験場には駐車場はありませんので、自動車・バイク等での来場はご遠慮ください。
- (7) 受験すべき全ての科目を受験しないと失格になります。
- (8) 試験中は、携帯電話など通信機器の使用を禁止します。