

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	写真を貼る位置 受験申込書と同じ写真を貼ってください。
言語聴覚士	※	
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 (H30.4.2 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]

- 1 試験日時・試験会場は試験案内をよくご覧ください。
- 2 試験当時は、必ず定刻までに試験会場にお越してください。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または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。

地方独立行政法人長崎市立病院機構企画運営部人事課

☎095-822-3251（内線 3751）