

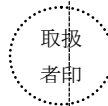
令和5年度 みやぎ県南中核病院企業団職員採用試験申込書

| | | | |
|---|---|---|----------------------------|
| 言語聴覚士採用試験 | | | |
| 受験番号 | ※ D | | |
| フリガナ 氏名 (自筆) | | (写真欄) (1) 申込6か月以内に帽子をつけないで、正面から上半身を写したもの。(縦4cm、横3cm) (2) 申込日に写真がないと受付できません。 | |
| 生年月日 | 性別 | 令和 年 月 日 撮影 | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 現住所 ※(寮・アパート・下宿等の場合にはその名称、室番号、同居先まで、記入のこと) 郵便番号 [-] | | | |
| 試験関係書類通知先 ※(現住所と異なる場合) 郵便番号 [-] | | | |
| 連絡先メールアドレス | | | |
| 連絡先電話番号 連絡先① () - (本人携帯・自宅・その他 ()) 連絡先② () - (本人携帯・自宅・その他 ()) | | | |
| 現 況 | | | |
| 勤務先 学校名 | 職務内容・学部 ・学科・専攻 | 所在地 電話番号 | 在職期間 在学期間 |
| | | | 年 月 から 年 月 まで |
| 必要資格等 | | ※受付年月日 令和 年 月 日 | |
| 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 取得済 年 月 <input type="checkbox"/> 資格見込 年 月 | 取扱者職氏名・印 | |

みやぎ県南中核病院企業団職員採用試験受験票

| | | |
|--|---|--------------------------|
| 言語聴覚士採用試験 | | |
| 受験番号 | ※ D | |
| フリガナ 氏名 | | |
| 令和 年 月 日 撮影 | (写真欄) (1) 申込6か月以内に帽子をつけないで、正面から上半身を写したもの。(縦4cm、横3cm) (2) 申込日に写真がないと受付できません。 | 裏面の「試験当日の受験心得」をよく読んでください |
| 試験日時 令和5年10月21日(土) 受付時間 午前8時20分 ~ 8時40分 試験開始 午前9時 試験会場 みやぎ県南中核病院 2階 大会議室 柴田郡大河原町字西38番地1 | | |
| ※取扱者職氏名・印 | | |

取扱者印のないものは受験できません



裏面

◇試験当日の受験心得◇

- 1 試験当日は、余裕をもって来場してください。受付時間後に来た者は、原則、受験できません。
- 2 受験の際は、この受験票を持参してください。
- 3 受付に、この受験票を提示し、係員の指示に従い控室に入室してください。
- 4 試験会場構内での駐車は、正面入口からの外来駐車場のみ利用可能です。なお、救急・時間外入口付近での自動車での送迎は、救急車搬入に支障をきたしますので、ご遠慮ください。
- 5 昼食は、各自準備いただくか、院内の売店をご利用ください。

記入上の注意

- 1 申込書の※印欄を除く全ての欄に漏れなく記入してください。
- 2 記入には全て黒又は青インクを用い、丁寧に書いてください。数字は、算用数字で書いてください。
- 3 氏名、生年月日は、正確に記入してください。
- 4 住所は、同居人の場合には同居先を必ず記入してください。
- 5 メールアドレスは、総務課からのEメール(soumu@southmiyagi-mc.jp)を確実に受信できるアドレスを記入してください。
- 6 現況には、勤務されている者は勤務先等を、該当しない者は、無職等と記入してください。