

地方独立行政法人 下関市立市民病院 職員採用試験申込書

試験区分			
ふりがな 氏 名		性 別 男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成
住 所 郵便番号 (-) (電話 - -) (携帯電話 - -)			
学 歴			
在学期間 (和暦)	学校名	学部・学科名	○でかこむこと
年 月～ 年 月	中学校		卒 業
年 月～ 年 月			在学・卒業見込・卒業・中退
年 月～ 年 月			在学・卒業見込・卒業・中退
年 月～ 年 月			在学・卒業見込・卒業・中退
年 月～ 年 月			在学・卒業見込・卒業・中退
資 格 ・ 免 許 (受験資格となっているもの)	取得 (見込) 年月日 年 月 日		

私は、地方独立行政法人下関市立市民病院職員採用試験の受験申し込みをしますが、この申込書の記載事項は事実と相違ありません。

氏 名 (自筆)	令和 年 月 日
-------------	----------

写 真 票

試験区分	※受験番号
氏 名	

写 真
申込前3カ月以内に撮影した、上半身、脱帽、正面向の写真で、本人と確認できるものを貼ること。
縦 4.5 cm×横 3.5 cm

地方独立行政法人 下関市立市民病院職員採用試験 受験票

試験区分	※受験番号
氏 名	

試験日時
令和 8 年 2 月 1 4 日 (土)
集合時間 午前 8 時 4 5 分
場所 下関市立市民病院
2 階 講堂

※

1 次①	1 次②	2 次①	2 次②	3 次①	3 次②
------	------	------	------	------	------

(裏面も必ず記入してください。)

★ この用紙を印刷する際は、はがき程度の厚さのA 4判用紙に「両面印刷」してください。

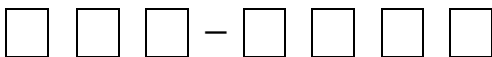
記 入 上 の 注 意

- 1 記入事項に虚偽または不正があると、法人職員として採用される資格を失うことがあります。
- 2 ※印の欄以外は、もれなく正確に記入し、写真を貼り付けてください。
- 3 「試験区分」欄については、試験案内にしたがって、希望する試験区分を記入してください。
- 4 「住所」欄は、下関市立市民病院からの連絡が確実に伝わる連絡先を記入してください。特に、郵便番号、電話番号は必ず記入してください。
- 5 受験票のあて先・あて名を必ず記入し、切手を貼り付けてください。
- 6 「学歴」欄には、中学校以降の学校について記入してください。「学部学科名」欄には、学部、学科、専攻、課程等を記入してください。また、卒業見込・在学中の区別は、最終学年に在籍する場合を卒業見込とし、その他は在学中としてください。
- 7 記入後は、折り曲げたり、切り取ったりせずに、そのまま提出してください。
- 8 申込書不備の場合は受け付けません。写真、切手など貼り忘れのないようにしてください。

郵便はがき

切手

を貼付して
ください



(あて先)

(受験者氏名)

様

受 験 注 意 事 項

- 1 受験の際、受付にこの受験票を提示してください。
- 2 受験の際は、必ず本票と筆記用具（HBの鉛筆）、消しゴムを持参してください。
- 3 試験中は携帯電話の電源を切って下さい。

地方独立行政法人 下関市立市民病院

山口県下関市向洋町一丁目13番1号

郵便番号 750-8520 TEL(083)224-3835