

公立陶生病院組合職員採用試験申込書

公立陶生病院組合 管理者 瀬戸市長 様

受付印

令和8年4月採用 公立陶生病院組合職員採用試験募集要項に基づき、次のとおり受験を申し込みます。

令和 年 月 日

ふ り が な		
氏 名		
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)(性別 ^{※1} :)	
現 住 所	(〒 -)	
最終学歴(学校、学部・科名)		
上記の卒業(見込)年月	平成・令和 年 月 卒業・卒業見込	
職 種	薬 剤 師	
通知を受ける場所 (現住所と異なる場合のみ記入のこと)		
添 付 書 類 ^{※2}	履歴書・身上書、卒業証書(写し)又は卒業証明書 卒業見込証明書、封筒(受験票返送用) 各職種取得免許証等(写し)	※ 受 験 番 号
(注) ※1 記入は任意です。 ※2 印の欄は記入しないでください。		Y -

公立陶生病院組合職員採用試験受験票

受験番号	—	氏 名	
試 験 日	一次試験：令和7年4月26日(土) 二次試験：令和7年5月上旬〈予定〉		
会 場	公立陶生病院 瀬戸市西追分町160番地 Tel 0561-82-5101		
試験内容	一次試験：専門試験、適性検査 二次試験：個別面接		

写真貼付

裏側に氏名を
記入のこと