

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7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	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	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 ※2
	(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	Y -	氏名	
試験日	一次試験 : 令和 6年 6月 28日 (金) 二次試験 : 令和 6年 7月 中旬 (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