

[illegible]

※記入誤りの場合は二重線で訂正の上、押印してください。

1. 試験区分 ☐助産師 ☐看護師 ※該当に☒	* 法人名 地方独立行政法人 公立甲賀病院	* 受験番号
(フリガナ) 1. 氏名		

* 受付印	(写真欄) 1. 写真は申込の際に貼って下さい。 (サイズ 5 × 4 cm) 3. 写真は最近6ヶ月以内に撮影の脱帽、正面向き、上身的のものでノリを全面につけて貼って下さい。 4. 試験当日この欄に写真を貼ってない場合、受験できなくなることがあります。
--------------	--

* 希 望 試 験 日 時	
年	月 日 9時00分 集合
(希望日時を記入してください。)	
* 試 験 会 場	公 立 甲 賀 病 院
〒528-0074	滋賀県甲賀市水口町松尾1256
(TEL 0748-62-0234)	

切り離さずに提出してください

担当職員 印