

# 瀬戸内市民病院職員採用試験

# 受験票

※受験番号			
職種学歴区分	職種	言語聴覚士	
氏名		性別	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)	

写真は、3cm×4cm

で、6ヶ月以内に撮影した脱帽・上半身のものを貼ってください

## 【第1次試験】

試験期日 令和8年5月15日（金）  
試験会場 瀬戸内市立瀬戸内市民病院  
試験開始 午後2時30分～

### 《注意事項》

- 1 本人が黒か青のボールペンで記入してください。
- 2 ※欄は記入しないでください。
- 3 試験当日は必ずこの受験票を持参してください。持参しなかった人は受験できません。
- 4 試験会場では係員の指示に従ってください。
- 5 応募書類提出時には下半分を切り取り受験票部分のみを提出してください。
- 6 JR等の公共交通機関のトラブルであっても試験開始時に試験会場に到着できてない場合は受験できません。余裕を持ってお越しください。

## ※受付欄

----- き り と り -----

## 職員採用試験の受験申込について

### ○提出書類

受験申込書 (当院指定のもの)	・ 必要事項を本人の自書により、漏れなく記入してください。 ・ 写真を貼付すること。(申し込み前6か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きのもの)
受験票 (この用紙の上側半分)	・ 必要事項を本人の自書により、漏れなく記入してください。 ・ 受験申込書に貼付したものと同一写真を貼付すること。
資格免許証の写し	-
最終学校の卒業(見込み)証明書	-
最終学校の成績証明書	-

※記入にあたっては黒または青のボールペンで漏れなく記入してください。ただし、消せるボールペンの使用は不可。

### ○提出先

瀬戸内市民病院 事務局  
〒701-4246 岡山県瀬戸内市邑久町山田庄845-1  
TEL (0869) 22-1234

### ○提出期限

令和8年4月30日(木) 午後5時  
郵送の場合は4月30日(木) 必着