

鴨 川 市 職 員 採 用 試 験
受 験 票

(写真欄)

- 1 申込書と同じ写真を貼ってください。
- 2 写真裏面に氏名、住所を記入してください。

大きさ
(縦4.5cm × 横3.5cm)

※ 申 込 受 付 番 号		※ 受 験 番 号	
受 験 団 体 名	鴨 川 市	団 体 コ ー ド	023
試 験 職 種	薬 剤 師 職	職 種 符 号	Z
現 住 所			
氏 名			

※印欄は、本人が記入しないでください。

1 全職種

面接試験日時
集 合 時 間
試 験 開 始
試 験 終 了

別途連絡します。

2 試 験 会 場 鴨川市立国保病院

3 携 帯 品 受験票

4 そ の 他 ・受付に遅刻した場合、受験できないことがあります。
・試験会場では携帯電話の電源は切ってください。