

三田市民病院職員採用試験

受 験 票

※印欄には記入しないで下さい。

職種(○で囲ってください)	
薬剤師 ・ 作業療法士	
※受験番号	
ふりがな	
氏名	

写真
(タテ5.0センチ×ヨコ4.0センチ)
・ 申込前3ヶ月以内に撮ったもの
・ 無帽、上半身、正面から撮影

受付印

平成 年 月撮影

三田市民病院 事務局 総務課