

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ください。

職種 言語聴覚士	
※受験番号	
ふりがな	
氏名	

写真 (タテ4.0センチ×ヨコ3.0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 ・写真の裏面に氏名記入のこと 【受付印なしは無効】	受付印
--	-----

令和 年 月 撮影

三田市民病院 事務局 総務課