

令和6年度第1回鹿児島市立病院職員採用試験受験票

職 種 薬剤師
受験番号 ※
氏 名

・試験の日時及び試験場については、試験案内を参照してください。

(写真欄)
写 真 欄 写真は、申込み前 1か月以内のもの (上半身脱帽正面 向きタテ4cm、ヨコ 3cm)で本人と確認 ができるものが必 要です

切 り 取 り 線

受 験 申 込 書 記 入 上 の 注 意

1. 記入事項に虚偽又は不正があると採用される資格を失うことがあります。
2. ※印欄を除いてすべての欄にもれなくインク又はボールペン（黒又は青）を用い、
かい書で丁寧に記入してください。
なお、数字は算用数字で記入してください。
3. 年齢は、申込日現在で記入してください。
4. 連絡先は、あなたに連絡するとき確実に連絡できる所を記入してください。
5. 写真は、**2枚**必要です。1枚は受験申込書に、他の1枚は受験票にはってください。
6. (切り取り線)部分から切り離し、必ず受験申込書に、受験票を添えて申し込んでください。

受 験 注 意 事 項

1. 試験当日は、必ず受験票を持参して集合時刻までにおいでください。
2. 受験の際は、筆記用具（鉛筆・消しゴム等）を持参してください。
3. 鉛筆は、HBを用意してください。
4. 試験会場内には時計がありませんので、時計（計時機能のみのものに限りません。）を持参して構いません。
5. 試験会場内での喫煙は禁止します。
6. 試験会場には受験者用の駐車場はありませんので、自動車の乗入れはできません。
なお、周辺の施設への無断駐車も固く禁止します。

〒890-8760 鹿児島市上荒田町37番1号
鹿児島市立病院事務局 総務課 職員係
電話 099(230)7002