受　験　票

※　受験票の表面の太枠内に受験票の送付先の郵便番号、住所及び氏名を、受験票の裏面の太枠内に試験区分及び氏名を黒又は青のボールペンで丁寧に記入した後、点線に沿って切り取った上、別紙の「天童市職員（看護師・言語聴覚士）採用試験受験申込書」と一緒に天童市民病院の事務局に申し込んでください。

（表面）

郵便はがき

住　所　〒
氏　名　　様

※太枠内を黒又は青のボールペンで丁寧に書いてください。

差出人　天童市民病院事務局
〒994-0047
山形県天童市駅西五丁目２番１号
TEL（023）654-2511

◎受験時の留意事項

1　**当日は、次のものを必ず持参してください。**
　(1)　**本票（受験票）**
　(2)　**筆記用具（ＨＢの鉛筆・消しゴム）**
2　ごみは、各自持ち帰ってください。
3　試験会場は、施設内禁煙です。
4　時計を持参する場合は、時計機能のみを有するものとしてください。
5　試験の開始後は、試験会場への入室をお断りする場合があります。

（裏面）

受付日付印	

受　験　票

（令和６年度 天童市職員（看護師・言語聴覚士）採用試験）

試験区分	受験番号	
氏名		

※太枠内を黒又は青のボールペンで丁寧に書いてください。

○試験日時　令和　年　月　日（日）
開場時刻　午前８時３０分
着席時刻　午前８時４５分

○試験会場　天童市民病院３階「大会議室」

○当日の連絡先　天童市民病院（TEL 023-654-2511）

○試験日程

事前説明	8:45～9:00
作文・面接	9:00～12:00

※　この受験票は試験後も使用しますので、必ず、試験会場から持ち帰ってください。