

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（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 7 年度 天童市職員（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 3 0 分
着席時刻 午前 8 時 4 5 分

○試験会場 天童市民病院 3 階「大会議室」

○当日連絡先 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。