

公立陶生病院組合職員採用試験申込書

公立陶生病院組合 管理者 瀬戸市長 様

受付印

令和9年4月採用 公立陶生病院組合職員採用試験募集要項に基づき、次のとおり受験を申し込みます。

令和 年 月 日

ふ り が な		
氏 名		
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)	
現 住 所	(〒 -)	
最終学歴(学校、学部・科名)		
上記の卒業(見込)年月	平成 ・ 令和 年 月 卒業 ・ 卒業見込	
職 種	事 務 職 B	
通知を受ける場所 (現住所と異なる場合のみ記入のこと)		
※ 添 付 書 類	履歴書・身上書、卒業証書(写し)又は卒業証明書、 封筒(受験票返送用)、職務経歴書、自己PR書	※ 受 験 番 号
(注) ※欄は記入しないでください。		J -

公立陶生病院組合職員採用試験受験票

※受験番号	J -	氏 名	
試 験 日	一次試験：書類選考 二次試験：令和8年9月中旬〈予定〉 三次試験：令和8年10月上旬〈予定〉		
会 場	公立陶生病院 瀬戸市西追分町160番地 TEL 0561-82-5101		
試験内容	一次試験：書類選考 二次試験：個人面接 三次試験：個人面接		

写真貼付

裏側に氏名を
記入のこと