平成29年度　富岡地域医療事務組合
職　員　採　用　試　験　受　験　票

※受験番号	
職　　種	
(フリガナ)	
氏　　名	

写真貼付欄

縦4㎝、横3㎝の写真を貼り付けてください。
写真の裏面に氏名を記入してください。

平成　　年　　月撮影

※　試験日　　平成　　年　　月　　日（　）
　　受　　付　　時　　分　～　　時　　分
　　集合場所　　公立富岡総合病院
　　□　第1会議室（南棟2階）
　　□　講義室　　（外来棟2階）

※　受　付	
平成　　年　　月　　日受付	
取扱者印	

富岡地域医療事務組合
管理者　岩井　賢太郎

（注）※印のところは、何も書かないでください。

受　験　心　得

1　受験の際は必ず本票を持参して、定刻までにおいでください。
　遅刻した場合は、受験できません。
2　試験当日は、筆記用具（黒ﾎﾞｰﾙﾍﾟﾝ・HBの鉛筆・消しゴム）を必ず持参してください。
3　受付取扱印のない受験票は無効となりますから、押印のない場合はただちに申し出てください。
4　試験当日は、試験開始から試験終了までは携帯電話の電源を切っていただきます。