



財団法人東京都保健医療公社 職員採用選考申込書

私は、財団法人東京都保健医療公社職員採用選考を受験したいので、要項に記載されている書類を添付して申込みます。

申込年月日:平成 年 月 日

選考申込職種	看 護 師	
番 号		
フリガナ		性別
申込者氏名		男・女
生年月日	昭和 年 月 日生(満 歳)	

写真貼付欄 (4cm×4cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの。 上半身、脱帽。
--

【注意事項】

- 「申込書」及び「受験票」に、必要事項を万年筆又はボールペン(黒又は青)で自署してください。
(欄には記入の必要はありません。)
- 年齢は、平成20年4月1日現在で記入してください。

受 験 票

選考職種	看 護 師
受験番号	
氏 名	

【選考日時及び会場】

- 日時 平成20年 月 日()
時 分 ~

面接 上記時間より個別に行います。

- 会場 要項の地図を参照してください。

多摩南部地域病院 会議室

【注意事項】

当日は本票を持参し、面接開始の10分前までにお越しください。