

# 柏原市病院職員採用資格試験受験票

〈写 真〉  
上半身・脱帽・無背景  
注意) 過去3ヶ月以内に撮影したもの  
縦 4.5cm×横 3.5cm

職 種	医療事務職員	受 験 番 号
		※  番
ふりがな		性 別
氏 名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	

※以外の欄は各自記入してください。

試験の日時及び場所

日 時	後日通知
場 所	市立柏原病院 会議室
	TEL 072-972-0885

-----キ-----リ-----ト-----リ-----

注  
意  
事  
項

- ※ 試験時間は後日通知します。時間厳守のこと。
- ※ 当日は、受験票・筆記用具等を持参してください。  
受験票を持参しないときは、受験できない場合もあります。
- ※ 自動車での来場を禁じます。
- ※ 他の受験者の迷惑とならないよう、試験場では係員の指示を必ず守ってください。

〈会場案内〉

市立柏原病院  
柏原市法善寺1丁目7番9号  
072-972-0885  
JR「柏原駅」下車徒歩 12分  
近鉄大阪線「法善寺駅」下車徒歩 4分