

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	理学療法士	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 (後日試験日をお知らせいたします)
場 所	市立柏原病院 会議室
	TEL 072-972-0885

-----キ-----リ-----ト-----リ-----

注
意
事
項

- ※ 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