看 助

公益財団法人東京都保健医療公社
職員採用選考申込書

私は、公益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。

1　受験希望日
希望の受験日にレ印を記入してください。

東京会場		地方会場
□　平成30年5月12日（土）	□　平成30年10月13日（土）	□　福岡会場 平成30年9月1日（土）
□　平成30年6月23日（土）	□　平成30年11月10日（土）	
□　平成30年7月28日（土）	□　平成31年1月12日（土）	
□　平成30年8月25日（土）		

2　受験者情報
申込年月日:　　年　　月　　日

選考申込職種	□　看護師（資格取得見込者） □　助産師（資格取得見込者）	
受験番号	※	
フリガナ		性別
申込者氏名		男・女
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）	

写真貼付欄
（4㎝×3㎝）
最近3ヶ月以内
撮影のもの。

3　注意事項
（1）「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。）
（2）年齢は、平成31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（資格取得見込者） □　助産師（資格取得見込者）
受験番号	※
氏　　名	

※【選考日時及び会場】

1. 日時　　平成　　年　　月　　日（　　）
時　　分～

2. 会場　　別紙の地図を参照してください。