



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。

なお、私は選考要項に掲げてある受験資格をすべて満たしております。また、この申込書のすべての記載事項は事実と相違ありません。

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	
<input type="checkbox"/>	平成31年(2019年)5月11日(土)
<input type="checkbox"/>	平成31年(2019年)6月22日(土)
<input type="checkbox"/>	平成31年(2019年)8月24日(土)
<input type="checkbox"/>	平成31年(2019年)11月9日(土)

2 受験者情報

申込年月日: 年 月 日

選考申込職種	<input type="checkbox"/> 看護師(資格取得見込者) <input type="checkbox"/> 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
(4cm×3cm)
最近3ヶ月以内
撮影のもの。

3 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。)

※

受 験 票

選考職種	<input type="checkbox"/> 看護師(資格取得見込者) <input type="checkbox"/> 助産師(資格取得見込者)
受験番号	※
氏 名	

※【選考日時及び会場】

- 日時 年 月 日()
時 分～
- 会場 別紙の地図を参照してください。