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。
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
令和元年（2019年）10月12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
（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	□ 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　　年　　月　　日（　　）
時　　分～

2. 会場　　別紙の地図を参照してください。