受　験　票

※受験票送付のあて先となる**郵便番号，住所，氏名**を所定欄に記入した後，点線に沿って切り取り，
郵便はがきに表裏ともはがれないようにしっかりと貼り付けてください。
郵便はがき以外のはがきを使用する場合には，必ず 63 円切手を貼ってください。

（表）

（〒　　－　　）

住所

（　　様方）

氏名　　様

（差出人）仙台市立病院経営管理部総務課
〒982-8502　仙台市太白区あすと長町１丁目１番１号
電話　022（308）7198（直通）

仙台市職員（臨床検査技師）採用選考

受　験　票

選考の区分　臨床検査技師	受験番号
考査日時	令和２年１月２８日（火） 午前９時３０分までに集合
考査会場	仙台市立病院３階会議室

（裏）

注 意 事 項

○試験当日は，表記の時刻までに集合してください。遅れた人は，原則として受験できません。
○受験の際には，この受験票と筆記用具（HBの鉛筆数本・消しゴム），時計を持参してください。
○当院の駐車場は利用可能（有料）ですが，台数に限りがあります。また，近隣の商業施設等への駐車や，会場付近への送迎のための路上駐車はしないでください。
○試験時間中は携帯電話・スマートフォンの電源を切ってください（携帯電話等を時計の代わりに使用することはできません。）。

〔仙台市立病院からの通信欄〕