

令和6年度 長崎県病院企業団職員採用試験受験申込 受付票

試験職種	行政（高卒程度）	受験番号		受付印
フリガナ				
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
受付票 送付先	〒 (      -      )			

(切り離してはなりません)

※ 太枠内を記入し、切り取らずに採用試験受験申込書と併せて提出してください。

(切り離してはなりません)