

平成29年度 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
薬 剤 師 採 用 試 験
受 験 票

受 験 区 分		薬 剤 師 (正 規 職 員)
受 験 番 号	※	
(ふりがな) 氏 名		

(写真貼付欄)
この欄に必ず写真を
はってください。
写真は4.0cm×3.5cm
上半身、脱帽、正面
向きで、申込前6ヶ月
以内のもの。

※希望する職種採用形態の欄に○を記入して下さい。

試 験 日	平成29年10月22日(日)
試 験 会 場	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団事務局 〒651-2134 神戸市西区曙町1070 TEL 078-929-5655(代表)

受験の注意事項

- 1 受験の際は、この受験票及び筆記用具を持参して、定刻までにおいで下さい。
- 2 受付でこの受験票を提示した後、試験会場に入って下さい。
- 3 時計を持参する場合は、時計機能だけのものに限り、携帯電話を時計として使用することはできません。
- 4 試験中は、携帯電話の電源を切って下さい。
- 5 この受験票は、試験中に回収します。

- * 1 太枠のみ(受験職種、氏名、ふりがな)記入し、写真貼付欄に写真をはりつけて下さい。
- * 2 受験番号欄は記入しないで下さい。
- * 3 受験票は切り取らずに返送して下さい。