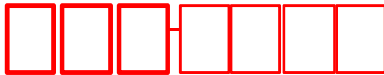


郵便はがき



63円切手
貼付

(住所)

様

受験票

※受験番号	
試験区分	保健師 / 臨床検査技師
氏名	

試験日	令和2年8月23日(日)
集合時間	午前9時30分(着席)
試験場	石川県立中央病院

- 試験当日この受験票を持参してください。
- 筆記用具、昼食を持参してください。
- 試験終了後は受験票を持ち帰ってください。

〒920-8580 金沢市鞍月1丁目1番地
保健師:石川県健康福祉部 健康推進課(076-225-1436)
臨床検査技師:石川県健康福祉部 厚生政策課(076-225-1411)

(切り取らないでください)

写真票

※受験番号	
試験区分	保健師 / 臨床検査技師
ふりがな	
氏名	
性別	男・女

写真欄

・この欄には最近6か月以内に撮影した脱帽、正面向きで背景のない上半身の4.5cm×3.5cmの写真をとれないように写真の裏面全体にのりをつけて貼ってください。

・裏面に氏名、生年月日を記入してください。

令和 年 月 撮影

(キリトリ)

(キリトリ)