

船橋市病院局職員採用試験受験申込書 -1-

受験番号	※
------	---

1月30日試験実施

試験区分	医療事務 (診療情報管理士)
------	-------------------

写 真
申込前3ヶ月以内に撮影した脱帽、上半身、正面向、縦4cm、横3cm(サイズ厳守)の写真を全体にのりをつけて貼ってください。

ふりがな		生年月日	性別
氏 名	姓 名	昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女
現 住 所	〒 ー 都 道 府 県 電話() ー		
連 絡 先	〒 ー 都 道 府 県 電話() ー ※現住所と同じ場合、記入の必要はありません		

診療情報管理士資格を取得するための養成機関について記入してください

学 歴	在学期間	学校名	学部名	学科名	卒業区分	所在地
	平成 年 月から 平成 年 月まで			学部	学科	卒業

資格取得状況を記入してください

アンケートにご協力をお願いします。該当する項目に○で囲んでください。

診療情報管理士	取得年月
	平成 年 月 取得済

船橋市立医療センターの職員採用試験の実施を何により知りましたか。	
・広報ふなばしで	・その他()
・船橋市のホームページで	
・医療センターのホームページで	

私は、船橋市病院局職員採用試験を受験したいので申し込みます。
 なお、私は受験案内に掲げてある受験資格を全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はありません。

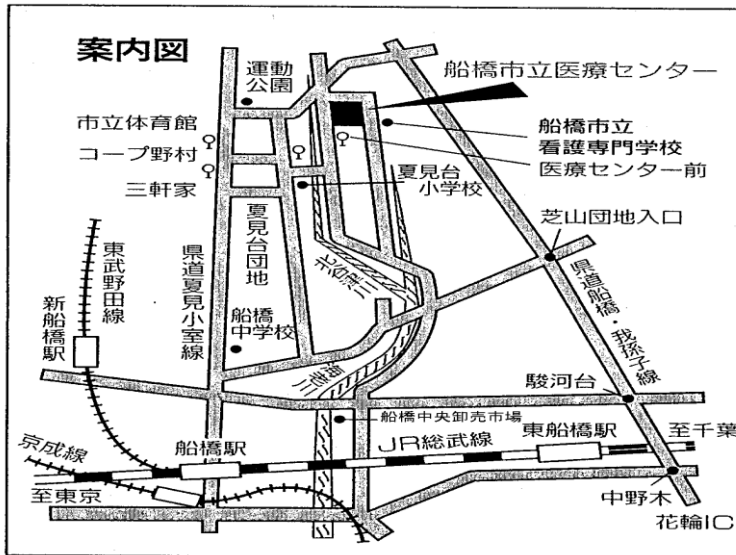
平成 年 月 日

氏名 _____
 (必ず自署してください)

注意: 記載事項に不正があると船橋市職員として採用される資格を失うことがあります。

※欄は記入しないでください。受験票も必ず記入してください。

船橋市病院局職員採用試験受験申込書 - 2 -



[交通]

JR船橋駅下車 北口バスターミナル5番6番より
医療センター経由に乗車、「医療センター前」下車
(所要時間約10分)

注意事項

- 1 受験票に記載された集合時間までに必ず着席できるように余裕を持って参集してください。
- 2 試験会場は上記の地図を参照してください。敷地南側の新館E棟が試験会場入口になります。なお、会場には駐車場がありませんので、受験の際は公共交通機関を利用してください。
- 3 受験の際は、受験票、HBの鉛筆、消しゴム、時計、黒ボールペンを持参してください。
(携帯電話等を時計として使用することはできません)
- 4 試験会場の敷地・施設内は禁煙です。

----- 必要事項を記入して切り取り、受験申込時に提出すること -----

船橋市病院局職員採用試験受験票

試験日 平成24年1月30日(月)
 集合時間 午前9時30分
 集合場所 船橋市立医療センター C館4階401会議室
 船橋市金杉1丁目21番1号

試験区分	氏名
医療事務 (診療情報管理士)	
受験番号	
※	

連絡先：船橋市立医療センター総務課
047-438-3321

受験票の記入上の注意

- ・氏名を忘れずに記入してください。
- ・※欄は記入しないでください。