船橋市病院局職員採用試験受験申込書 -1-

受験番号	※

令和9年1月13日試験実施

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。

試験区分	視能訓練士

採用予定日	令和9年4月1日

ふりがな			生年月日
氏　名	姓	名	昭和・平成 年　月　日
現住所	〒　－ 都 道 府 県 固定電話（　）　－　携帯電話（　）　－		
連絡先 ※現住所と同じ場合、記入の必要はありません	〒　－ 都 道 府 県 Email:		

視能訓練士免許を取得するための養成機関について記入してください

	在学期間	学校名	学部名	学科名	所在地
学歴	平成・令和 年　月から 平成・令和 年　月まで		学部	学科	市区 町村

資格取得状況を記入してください

	取得（見込）年月
視能訓練士	平成・令和　年　月

アンケートにご協力お願いします。該当する項目に〇で囲んでください。

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。

・学校の求人票で

・医療センターのホームページで

・その他（　）

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に相違はありません。

令和　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－



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下さい。
2　当院は上記の地図を参照して下さい。試験会場への案内は後日送付します。
　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下さい。
3　受験の際は、受験票、HBのシャープペンシルまたは鉛筆、消しゴム、時計、黒ボールペンを持参して下さい。
　（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　令和９年１月１３日（水）
集合時間　午前８時４５分
集合場所　船橋市立医療センター　C館４階４０１会議室
　千葉県船橋市金杉１丁目２１番１号

試　験　区　分	氏　　名
視能訓練士	

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。