

受 験 票

受験する職種(該当職種に○) 保健師 ・ 療法士		受験番号	※
フリガナ 氏 名		性別 男 ・ 女	写 真 縦 4.5cm × 横 3.5cm
生年月日 年 月 日(満 歳)			
※受付印	最終学歴(学校名) 年 月 卒業 ・ 卒業見込		
受験申込前6か月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもの で本人と確認できるもの (申込書と同一の写真)			

注意 裏面にも記載事項があります。

試験会場

摂津市立保健センター3階リハビリ室
摂津市南千里丘5番30号

〈 最 寄 駅 〉

- ・ 阪急摂津市駅徒歩1分
- ・ JR千里丘駅徒歩10分

試験日 令和6年1月14日(日)

受付時間: 午前9時から9時30分

開始時間: 午前9時30分

〈お問い合わせ先〉

(一財) 摂津市保健センター

摂津市南千里丘5番30号

TEL: 06-6381-1710



〈受験の注意事項〉

- ① 試験日当日は、必ず指定の時刻までに試験会場に集合して下さい。遅刻者は受験できません。
- ② この受験票がなければ受験できませんので忘れずに持参して下さい。
- ③ 筆記用具（鉛筆・消しゴム等）及びこちらが指定した物は、必ず持参して下さい。
- ④ 試験会場では、試験委員の指示に従って下さい。指示に従わない者、又は不正行為を行った者は退場させられます。
- ⑤ 車での来場はご遠慮下さい。