

岩倉市職員採用候補者試験

# 受 験 票

受付

※試験区分	
事 務 職(障がいを有する人)	
※受験番号	

ふりがな 氏 名	
生年月日	平成 年 月 日生
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

試験日時 令和元年10月6日(日)  
午前9時45分から

※この受験票は3次試験まで使用しますので大切に保管してください。

(宛先) .....

.....

(氏名) .....様

〒482-8686

岩倉市栄町一丁目 66 番地

岩倉市役所総務部

秘書企画課秘書人事グループ

電話(0587)38-5801(直通)