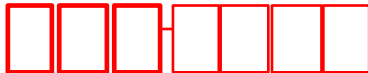


郵便はがき



63円切手
貼 付

(住所)

様

受験票

※ 受験番号	
試験区分	保健師
氏名	

試験日	令和3年10月17日(日)
集合時間	午前9時30分(着席)
試験場	石川県こころの健康センター

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
石川県健康福祉部 健康推進課(076-225-1436)
石川県健康福祉部 障害保健福祉課(076-225-1427)

(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
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)