

## 令和5年度 長崎県精神医療センター職員採用試験受験申込 受付票

試験職種	精神保健福祉士	受験番号		受付印
フリガナ				
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
受付票	〒( )			
送付先				

※太線枠内を記入し、採用試験受験申込書と併せて提出してください。