

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。