受　験　票

※　受験票送付のあて先となる**郵便番号・住所・氏名**を所定欄に記入した後、点線に沿って切り取り、郵便はがきに表裏ともはがれないようにしっかりと貼り付けてください。
（郵便はがき以外のはがきを使用する場合には、必ず 85 円切手を貼ってください。）
なお、あて先となる氏名欄の「様」は消さないでください。

（表）

（〒　　－　　）

住所

（　　様方）

氏名　　様

（差出人）仙台市人事委員会事務局
〒980-8671 仙台市青葉区国分町三丁目 7 番 1 号
電話　022（214）4457

仙 台 市 職 員 採 用 選 考

受　験　票

選考の種類	医師	受験番号	
考査日時	令和　　年　　月　　日（　） 時　　分までに集合		
考査会場			

（裏）

注　意　事　項

○考査当日は、表記の時刻までに集合してください。
遅れた人は、原則として受験できません。
○考査会場には駐車場がありませんので、**自家用車での来場はできません。**

〔通信欄〕