

令和6年度 長崎県精神医療センター看護師採用試験受験申込 受付票

試験職種	看護師	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。