

(表)

採用試験結果照会書

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市病院事業管理者

私は、下記の試験の結果について照会します。

記

試 験 名	千葉市病院局職員採用試験
試 験 区 分 (○で囲んでください。)	看護師 ・ 助産師 ・ 薬剤師 ・ 診療放射線技師 ・ 臨床工学技士 臨床検査技師 ・ 心理療法士 ・ 歯科衛生士 ・ 栄養士 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 視能訓練士 ・ 言語聴覚士 ・ 社会福祉士 精神保健福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 診療情報管理士 ・ 事務 (医療)
氏 名	
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
住 所	〒 (連絡先電話番号) (E-mail) @
希望する返信方法 (○で囲んでください。)	本人限定受取 ・ 簡易書留

※必ず裏面の「要領」をご覧ください。

試験結果照会要領

1 試験結果（試験の得点等）の照会を希望する受験者は、請求期間内に以下の3つの必要書類を、千葉市病院局管理課人事班に郵送してください。

必要書類	備考	
(1) 試験結果照会書	必要事項を記入のこと	
(2) 本人と確認できる書類	運転免許証、旅券等の写し（原本不可）	
(3) 返信用封筒	本人限定受取を希望する場合	<p>774円分の切手をはり、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 宛て先 2 電話番号 3 「本人限定受取（特）」（朱書き）と明記した長形3号 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center;"> <p>774</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">本人限定受取(特)</p> <p>電話番号</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center; width: 30px;"> <p>受験者の宛て先</p> </div>
	簡易書留を希望する場合	<p>434円分の切手をはり、宛て先を明記した長形3号</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center;"> <p>434</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center; width: 30px;"> <p>受験者の宛て先</p> </div>

2 試験結果照会の対象者、内容及び請求期間については、受験案内をご確認ください。

なお、受験者数が極端に少ない場合等、情報提供することで特定の個人の成績が判明するおそれがある場合は、順位や合格最低点については回答できません。

3 内容が確認でき次第、結果を通知しますが、事務の都合上、時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

4 受験者本人以外からの申し出はできません。

送付先 〒260-8722 千葉市中央区千葉港2番1号 千葉中央コミュニティセンター10階
 千葉市病院局管理課人事班 電話：043-245-5224